

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N° 256

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, Robert, BURGUET

Né le 17 Mai 1923, à Bignoux (Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le 16 Mars 1951

ETUDE D'UN GROUPE DE GRANDS ARRIÉRÉS

ESSAI DE SOCIALISATION
DANS UN HOPITAL PSYCHIATRIQUE

Président : M. HEUYER, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Jean, Robert, BURGUET

Né le 17 Mai 1923, à Bignoux (Vienne)

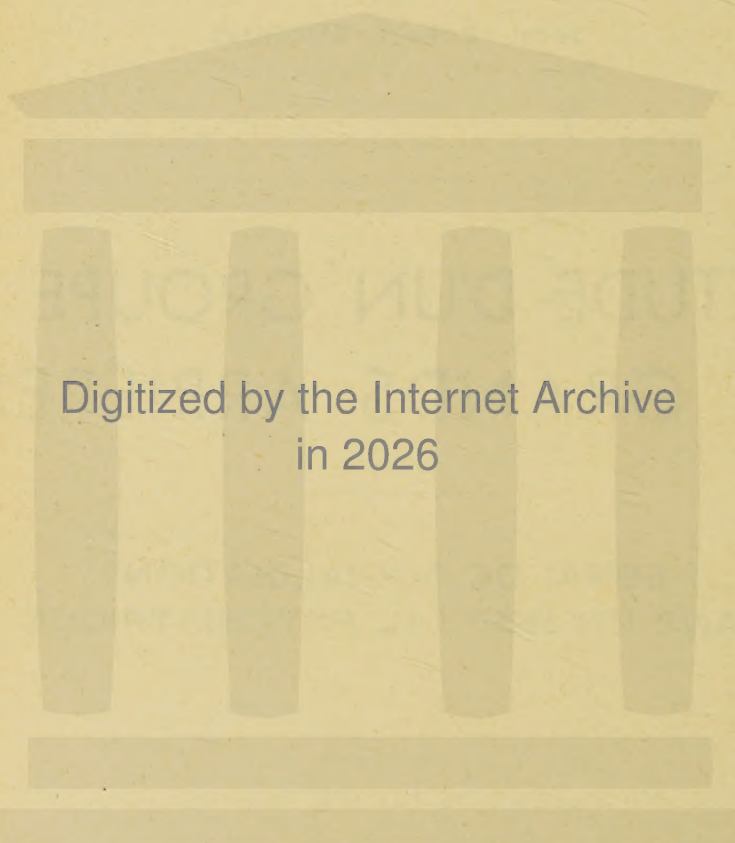
Présentée et soutenue publiquement le 16 Mars 1951

ETUDE D'UN GROUPE
DE GRANDS ARRIÉRÉS

ESSAI DE SOCIALISATION
DANS UN HOPITAL PSYCHIATRIQUE

Président : M. HEUYER, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DOYENS HONORAIRES

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	LIROUX (R.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	OLONOVSKI (M.)
	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales	CADENAT (F.)
\ Hôtel-Dieu	MONDOR (H.)
\ Saint-Antoine	QUENU (J.)
\ Salpêtrière	
\ Cochin	
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELLOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
	BENARD (H.)
Cliniques médicales	LAROCHE (G.)
\ Hôtel-Dieu	HARVIER (P.)
\ Bichat	LIAN (C.)
\ Cochin	
\ Pitié	
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLÉRY-RADOT (L.)
	LANTUEJOL (P.)
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL (E.)
\ Tarnier	PORTES (L.)
\ Baudelocque	VELTER (E.)
\ Port-Royal	LEMAITRE (F.)
Clinique ophtalmologique	
Clinique oto-rhino-laryngologique	RICHET (C.)
Clinique physio-pathologique des problèmes mentales (<i>chaire à titre personnel</i>)	HEUYER (C.)
Clinique psychiatrique infantile	COSTE (F.)
Clinique rhumatologique	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	CHABROL (E.)
Clinique thérapeutique médicale	FEY (B.)
Clinique urologique	GIROUD (A.)
Embryologie	BARIETY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAMPY (C.)
Histologie	CATHALA (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	JOANNON (C.)
Hygiène et médecine préventive	DESOILLE (H.)
Médecine de Travail	

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale . .	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	CORDIER (J.-C.) Pr. s. ch.	Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.) LAURENCE (G.) LEGER (L.)
	DEBEYRE (J.)		OLIVIER (Cl.)
	DELMAS (A.)		PADOVANI (P.)
Anatomie pathologique	Mlle GAUTHIER- VILLARS (P.) Pr. s. ch.	Pathologie expérimentale	POILLEUX (M.) ROUX (M.) RUDLER (J.-C.)
	BUSSER (F.)		VERNE (J.-M.)
	FASQUELLE (R.)		
Bactériologie	NEVOT (A.)	Pathologie médicale	MERKLEN (P.) BERNARD (J.) BOUDIN (G.)
			CASTAIGNE (P.)
			CONTE (M.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.) ETTORI (J.) Pr. s. ch.	Pathologie médicale	DECOURT (J.) DOMART (A.) DREYFUS (Gilbert)
	JAYLE (M.-F.) Pr. s. ch.		FAUVERT (R.)
	SCHAPIRA (G.)		HAMBURGER (J.)
Dermato- syphiligraphie	DEGOS (R.) BULLIARD (H.) Pr. s. ch.	Pathologie médicale	KOURILSKY (R.) LAMY (M.) MAURIC (G.)
	COUJARD (R.)		MILLIEZ (P.)
	DESCLAUX (P.)		PERRAULT (M.)
Histologie	DEBRAY (C.) BOYER (J.) DEPARIS (M.)	Pathologie médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.)
	DEROBERT (L.)		
	GAULTIER (J.)		
Médecine légale		Pédiatrie	LAPLANE (R.) MARIE (J.) LEVY (Mlle J.)
			Pr. s. ch.
			CHEYMOL (J.-H.)
Neurochirurgie	SEZE (S. de)	Pharmacologie	BARGETON (D.)
	GRASSET (J.)		PARROT (J.-L.)
	LEPAGE (F.)		
Obstétrique	MAYER (R.)	Physiologie	DOGNON (A.) Pr. s. ch.
	MERGER (R.)		DJOURNO (A.)
	RAVINA (J.)		GOUGEROT (L.)
Ophthalmologie	VARANGOT (J.)	Psychiatrie	BARUK (H.)
	OFFRET (G.)		
	DESVIGNES (P.)		
Oto-rhino- laryngologie	HALPHEN (E.) Pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
	MADURO (R.)		CHAPUT (Mme A.)
	BRUMPT (L.)		Stomatologie
Parasitologie	CHABAUD	Thérapeutique	BROUET (G.) Chargé d'ensei ^g
	ABOULKER (P.)		
	BAUMANN (J.)		
Pathologie chirurgicale	GOSSET (J.)	Urologie	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BARNET (A.) (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (A.) (Obstétrique),
GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORIER (Y.) (Obstétrique),
VAUDRICAL (R.) (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	ARPELLE (A.)	Clinique	MARCHEL (G.)
	FUENCH	médicale . . .	MOUQUIN (M.)
	ERRENTANG (P.)		SOULIE (E.)
	NENEGAU (G.)	Clinique	DAGONNET (L.)
	PATEL (J.)	obstétricale . .	ECALLE (G.)
	RICARD (A.)		LACOMME (M.)
Clinique médicale	BOULIN (R.)		BUREAU (M.)
	BROUET (G.)	Clinique	
	CACHERA (R.)	ophtalmologique	RENNARD (G.)
	DELLARUE (A.)	Clinique O.R.L.	AUBIN (A.)
	GARCIS (J.)	Clinique	
	HAGUENAU (M.)	urologique . . .	COUVELAIRE (R.)
	LENGRE (J.)		

MM.

Secrétaire de la Faculté MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef Docteur HAHN (A.).

Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.),
LAURENT (H.), LE NOIR (G.).

Par délibération en date du 9 décembre 1788, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Qui m'a toujours donné l'exemple de la bonté et du courage. Puisse-t-elle considérer ce modeste travail comme un gage de ma très douce reconnaissance et l'expression de mon profond amour filial.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES

JACQUES et MARC DELAUNAY, JACQUES LEVRULT,
JACQUES MASSIAS, CLÉMENT PERUCHON, PAUL PREAUT

Morts pour la France.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HEUYER

Professeur de la Clinique de Psychiatrie Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.
Hommage respectueux.*

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE POITIERS

A NOS MAITRES
DU CENTRE HOSPITALIER DE NIORT

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRIVAS
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

*Qui a guidé nos premiers pas dans le
domaine de la psychiatrie.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
vive reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI EY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse après nous avoir fait le grand hon-
neur de nous accepter comme élève.*

*En témoignage de toute notre admi-
ration pour son œuvre et de notre gra-
titude pour la bienveillance qu'il nous
a toujours témoignée.*

Introduction

Depuis longtemps les médecins se sont intéressés à l'étude de l'enfance anormale. Déjà en 1828, FERRUS organisait à Bicêtre une école pour anormaux. Les noms de SÉGUIN, ITARD, VOISIN et surtout celui de BOURNEVILLE sont liés aux origines de cet important mouvement. Bien d'autres auteurs se sont également préoccupés de cette question.

A les lire, on va dans les cas extrêmes de l'enthousiasme optimiste de « l'apôtre » au pessimisme du « sceptique », pour lequel les efforts entrepris sont trop coûteux et sans rapport avec la maigreur des résultats obtenus. C'est un des mérites de la psychiatrie infantile moderne, d'avoir précisé de façon plus rationnelle, les possibilités de réadaptation des oligophrènes en fonction de leur niveau intellectuel et de leurs qualités de sociabilité.

Peut-être, s'est-on davantage attaché aux psychologies individuelles de l'imbécile, du débile, qu'à étudier leur comportement au sein d'un groupe, d'une collectivité.

Il nous a paru intéressant à ce sujet d'étudier la vie d'un groupe d'oligophrènes en milieu asilaire, et ce, à plusieurs points de vue.

— Au point de vue humanitaire : il va de soi qu'on ne peut laisser ces enfants à l'abandon dans des sections déjà surpeuplées par les autres malades mentaux.

— Au point de vue pratique : déjà en 1912, Fr. ADAM insistait sur le danger des placements d'enfants anormaux, dans les asiles non pourvus d'institut médico-pédagogique. Cette situation persiste encore aujourd'hui, à l'hôpital psychiatrique

de Bonneval. On sait, d'autre part, les problèmes d'organisation intérieure, soulevés par le pourcentage élevé d'oligophrènes, au sein de la population asilaire.

Sur 220 malades, du service des femmes, nous relevons 14 idiots, 28 imbéciles, 30 débiles profonds.

BERGERON a rappelé, avec beaucoup d'à-propos, tout le bénéfice qu'il est encore possible de tirer des techniques préconisées par BOURNEVILLE dans la rééducation des grands arriérés. La lutte contre le gâtisme et pour l'apprentissage de la marche, si elle demande beaucoup de temps et de ténacité, se traduit finalement par une transformation radicale de leur condition humaine, et aussi par des économies importantes.

Nous verrons comment il est possible, grâce à certaines mesures, de rompre « l'isolement asilaire » des oligophrènes et de leur imposer un nouveau rythme de vie.

— Au point de vue social, il est intéressant d'envisager si ces initiatives améliorent leur comportement et facilitent la récupération de quelques-uns d'entre eux.

— Enfin, au point de vue théorique, nous essaierons, à la lumière de ces expériences, de dissocier ce qui revient respectivement « à la pathologie du malheur vécu » et à la « pathologie du malheur inné ».

Constitution du groupe d'oligophrenes

Pour avoir une idée précise de ce qu'il est possible de faire en leur faveur, il faut, suivant l'expression de HEALY, se représenter l'enfant « entier dans la situation entière ».

SITUATION FAMILIALE,

Dans la quasi totalité des cas, elle est déplorable. Sur 22 enfants que nous avons suivis particulièrement, 9 viennent de l'Assistance Publique : les autres sont, en général, issus de milieux pauvres. Les parents sont manœuvres, journaliers, paysans ou même vivent de rapines. Souvent la famille est dissociée. La mère est veuve ou remariée ou divorcée; ou encore elle est partie sans laisser d'adresse. Dans trois cas, il s'agit de filles-mères. Parfois, on la dit « d'immoralité notoire » et un tribunal lui a retiré ses enfants. Quand la famille existe, elle est amenée à placer l'enfant du fait de ses troubles caractériels, parce qu'elle appréhende des réactions dangereuses. C'est aussi le père, qui, veuf ou abandonné, ne peut plus s'occuper seul de l'arriéré et le conduit à l'asile. Au début de l'internement, la famille demande régulièrement de ses nouvelles, puis elle s'en désintéresse proportionnellement à la durée de l'internement. Toutefois, dans des cas trop rares, — en général il s'agit de familles paysannes — elle visite l'enfant et s'en occupe régulièrement.

Notons encore que, sur ces 22 internements, 14 sont des placements d'office (8 garçons, 6 filles). Plusieurs auraient pu bénéficier d'un placement volontaire plus souple.

Par suite de la désorganisation familiale, il est difficile d'obtenir des renseignements précis sur les antécédents familiaux

et personnels de l'enfant. L'assistante sociale qui s'occupe du placement, mentionne l'éthylisme ou la débilité des parents. L'hérédité est lourdement chargée dans de nombreux cas. Ainsi François B..., quatrième enfant d'une famille de neuf, dont cinq sont ou ont été soignés, dans ce même asile, pour arriération ou troubles mentaux. Ainsi Jacques G... dont le frère idiot est interné dans la même section. Ainsi Serge H... imbécile épileptique, fils d'une débile épileptique : tous les deux sont soignés dans le service des femmes.

SITUATION CLINIQUE.

Elle sera indiquée, avec plus de détails, au cours des 17 observations que nous relatons plus loin. En général, ces débiles mentaux sont aussi des débiles physiques. Leur poids et leur taille sont inférieurs aux moyennes correspondant à leur âge chronologique. Leur morphologie est fréquemment dysharmónique. La débilité motrice y est souvent associée. Dans trois cas, nous avons noté un syndrome neurologique important.

— L'examen ophtalmologique dont DELAY, PICHOT, SÉNÉCHAL ont montré toute l'importance chez les oligophrènes, a été pratiqué systématiquement. Nous avons été frappés du pourcentage élevé de malformations touchant l'œil « dans sa situation, sa forme, ses tuniques », mais il semble difficile de dissocier l'importance respective des facteurs génétiques et des facteurs exogènes.

— Nous avons également recherché systématiquement l'oligophrénie phényl-pyruvique par la réaction de FOLLING. Aucun de nos oligophrènes ne répond à cette entité.

— Dès les premiers jours d'observation, leur comportement varie considérablement d'un sujet à un autre. Les uns sont des « types plats » (PRÉAUT), paisibles et dociles. D'autres sont des types à grandes oscillations, souvent opposants et instables. Certains sont laborieux et appliqués, d'autres paresseux.

Schématiquement leur Q.I. s'échelonne de 40 à 70. Presque tous se situent au niveau de l'imbécillité et de la débilité profonde et entrent dans la catégorie des semi-perfectibles.

Les tests mentaux nous ont été d'une grande utilité pour apprécier le niveau intellectuel, la motricité, l'affectivité de nos oligophrènes et pour en étudier éventuellement les progrès.

Nous avons utilisé les tests de TERMAN et de BINET et SIMON et le « Progressive Matrice pour enfants », comme tests d'intelligence. Comme tests de performance, les labyrinthes de PORTEUS et les cubes de KOHS. Pour l'habileté manuelle, le test de HEUYER et BAILLE, accessoirement celui de STENQUIST WEINBERG. Pour le développement moteur, le test d'OZERETSKI. Le « Test sans langage pour jeunes enfants » de Mme BOREL-MAISONNY, nous a été particulièrement utile. Enfin, comme tests de projection, le RORSCHACH et le T.A.T.

Nos oligophrènes, en général, ne s'opposent pas aux tests. Nous en avons même vu certains, après plus d'une heure d'examen, insister pour que celui-ci soit prolongé. On peut dire, avec M. BLEULER, que « non seulement le jeu se transforme en tests, mais aussi que le test devient jeu ». A cet égard, le comportement face au test apporte de nombreuses indications qui confirment l'examen clinique. Les uns passifs, inertes, doivent être stimulés mais une fois qu'ils le sont on est parfois surpris de les voir élaborer des thèmes intéressants, que rien n'aurait pu faire prévoir derrière cette apathie et cette « opacité ». D'autres, instables, touchent à tous les articles du test, sont irréfléchis, primesautiers, mais comme PICHOT le fait remarquer, leur « spontanéité intuitive » donne parfois des réussites inattendues.

Le contact est particulièrement bon quand le test est composé d'images. C'est le cas du T.A.T. Alors que les RORSCHACH pratiqués sur nos oligophrènes sont restés très pauvres, le T.A.T. nous a donné des éléments beaucoup plus riches pour apprécier leur degré d'évolution affective. L'étude de DESCLAUS, SOULAIRAC et Mlle BOYER, a bien montré ce qu'on pouvait attendre de ce test chez les oligophrènes. Les uns se bornent à énumérer et à décrire. Ceux de Q.I. plus élevés sont capables d'élaborer un thème cohérent où interviennent des mécanismes mnésiques, perceptifs, imaginatifs. Par là, on a donc déjà une idée du niveau mental. La confabulation est

fréquente. L'enfant voit aussi des détails n'ayant aucun rapport avec l'image et il insiste, au cours de son récit, sur cette interprétation. Nous n'avons pas noté ce que RAPAPORT appelle « la compulsivité des détails », sans doute à cause du bas niveau de nos arriérés. Cette expression traduit le fait que les détails de la planche sont pour le sujet en contradiction avec l'histoire représentée et ne peuvent être intégrés dans l'intrigue. Pour les auteurs déjà cités, tout se passe comme si l'enfant présentait un « souci de logique », « un contrôle mieux adapté ».

Nous avons noté chez un de nos oligophrènes une persévération curieuse : il essaie de lier les différentes planches dans un même thème et les mêmes propos reviennent tout au long du test. Peut-être y a-t-il là une confirmation de l'épileptoïdie signalée par ailleurs au cours de l'examen clinique.

L'arriération affective, si elle existe presque toujours, présente des modalités très différentes d'un enfant à l'autre. C'est ce qui a le plus frappé notre psycho-technicienne, Mlle R. VERDET.

La plupart manifestent des préoccupations d'ordre alimentaire, de sommeil, de sécurité. Les thèmes de mariage, d'abandon familial, de frustration, de recherche de la mère sont également fréquents.

Dans un cas, nous avons noté un thème de dissociation familiale avec agressivité du père. Dans un autre cas, un thème de suicide.

L... Serge raconte : « Il s'est tué, parce qu'il ne voyait plus ses parents..., parce qu'il s'ennuyait..., parce qu'il était méchant. Il est plus heureux maintenant qu'il est mort. »

DESCLAUX, SOULAIRAC et Mlle BOYER ont tenté de rattacher leurs constatations aux stades évolutifs de la libido, décrits par FREUD. Ils distinguent :

— *un stade oral* : pour les arriérations profondes (thèmes exprimant les besoins élémentaires) ;

— *un stade pubertaire* : correspondant aux arriérations discrètes homogènes (thèmes conflictuels organisés à deux pôles : affiliation parentale, affiliation sexuelle).

Les stades intermédiaires phallique et anal s'observent chez des sujets à déviations affectives sérieuses (correspondant aux arriérations désorganisées avec bizarreries du comportement, mauvaise adaptation). Ceux-là expriment des préoccupations sexuelles avec thème de culpabilité, d'auto-punition, ou bien ils manifestent des tendances agressives et clastiques. Deux de nos oligophrènes semblent rentrer dans ce groupe d'après le test et l'observation clinique.

Jacques L..., à la planche 10, construit un thème d'homosexualité : « Un homme... il embrasse l'autre... il lui met la main sur l'épaule... Puis il se couche sur lui, il est malheureux, il est pauvre, l'autre est riche ».

Jean K..., est le seul qui reste méfiant et opposant face au test. Il marque son hostilité vis-à-vis de toutes les figures féminines. Il décrit des scènes d'agressivité à tendances sadiques.

Les tests sont donc venus étayer les résultats de la clinique et, dans certains cas, ils nous ont rendu plus compréhensibles certains comportements.

Observations

Nous donnerons maintenant quelques indications sur les enfants qui ont bénéficié régulièrement de cette assistance. De nombreux autres oligophrènes ont gravité autour de ce groupe, mais leur présence à l'école a été plus discontinue soit par suite de leur niveau intellectuel trop bas, soit par suite de leur turbulence. Nous remercions vivement le docteur PICARD, médecin-chef du service des hommes, de nous avoir permis de suivre les oligophrènes de son service.

ENFANTS DU SERVICE DES FEMMES

OBSERVATION N° 1

Françoise B., douze ans. Internée en juin 1950 (placement volontaire).

Renseignements. Enfant de l'A.P. Père et mère débiles mentaux éthyliques. Mère syphilitique. Elle est la cinquième enfant sur neuf à être hospitalisée dans cet Asile pour arriération dont 2 avec troubles caractériels et 1 avec syndrome de débilité motrice grave.

Cliniquement. Etat général satisfaisant. Aspect mongoloïde, yeux bridés, nez épaté, lèvres épaisses. Légère scoliose dorsale. Genu valgum. Gros nævus pileux au niveau de la fosse sus-épineuse droite débordant sur l'épaule. Impubère. Strabisme convergent : hypermétropie de l'œil droit.

Comportement. A son entrée, état d'inhibition, anxiété, hyperémotivité. S'arrache les cheveux. Sentiment d'abandon familial. Agressivité vis-à-vis de la mère « qui est méchante puisque ses enfants sont tous fous ». Choyée par sa maîtresse d'école, on note une amélioration rapide de son comportement. Très propre, coquette. S'occupe des autres enfants et de son petit frère. Elle commence à lui tricoter des vêtements. Généreuse, vis-à-vis

de ses camarades. Toutefois, elle est jalouse et boude quand « son éducatrice » s'occupe d'elle après les autres enfants. Interprétations animistes continuelles. Quand il fait du vent « les arbres sont en colère »... elle arrose les fleurs « pour qu'elles ne soient pas malades », etc..

Age mental : sept ans au BINET et SIMON, en mai 1950. Sept ans six mois en janvier 1951.

Au T.A.T. : bonne adaptation au milieu ambiant. Préoccupations alimentaires. Thèmes de reconnaissance vis-à-vis de son éducatrice.

Formalités de placement dans un Institut médico-pédagogique en cours.

OBSERVATION N° 2.

René F., huit ans. Interné en avril 1946 (placement d'office).

Mère divorcée et remariée. Elle s'occupe régulièrement de l'enfant.

— A son entrée. Arriération mentale profonde du niveau de l'imbécillité. Ne parle pas, ne marche pas, pousse des cris perçants. Chétivité. Malformations dentaires et gâtisme.

— Examen clinique actuel. Hypotrophie staturale et pondérale. Visage anguleux, pâle. Troubles des phanères : cils et sourcils rares. Ongles cassants. Adénopathies multiples. Hypotonie musculaire. Hyopréflexe tendineuse. Fond d'œil normal : photophobie, larmoiement considérable à la moindre excitation lumineuse. Radioscopie I.T.N.

— Comportement à l'asile : marche seul, mange seul et s'habille seul; propre. S'intéresse à tout ce qui se passe autour de lui. Exécute correctement des commissions simples. Cherche à rendre service. Affectueux.

Commence à articuler quelques mots; on note un certain degré d'écholalie. Lit les lettres de l'alphabet et sait les écrire. Habileté manuelle satisfaisante.

Au Terman, âge mental 3 ans 6 mois.

Au test sans langage de Mme BOREL-MAISONNY : 4 ans. Les progrès sont surtout notables au point de vue moteur et pour le langage.

OBSERVATION N° 3.

Jackie F., dix ans. Interné en novembre 1949 (placement volontaire). Il a toujours été régulièrement visité par sa mère.

A son entrée « syndrome choréo-athétosique : séquelles d'encéphalopathie infantile. Etat de déséquilibre thymique. Instabilité. Impossibilité d'éducation familiale et à l'école. Age mental : 7 ans au BINET-SIMON.

Etat général déficient, chétivité, tics, myoclonies. Dystonies d'attitude. Diminution de la force musculaire au membre inférieur droit avec atrophie rendant la marche difficile.

Tendances mythomaniaques. Bégaiement clonique. Dès son arrivée, cet enfant a été choyé par plusieurs malades. Il s'est révélé beaucoup moins instable qu'à son domicile. A l'école, il a fait de rapides progrès, s'intéressant à toutes les activités scolaires.

En six mois d'hospitalisation — gain de 6 mois d'âge mental.

Placé à Nérès-les-Bains. Sa rééducation est retardée du fait d'un Mal de Pott.

OBSERVATION N° 4.

Marie-Claude V..., douze ans. Internée en mai 1950 (placement volontaire). Elevée chez sa grand-mère qui ne peut plus la garder. Sa mère a quitté le domicile conjugal : le père se désintéresse de l'enfant.

A son entrée, état d'arriération du niveau de l'imbécillité (Q.I. 45).

Nanisme harmonieux. Morphologie d'une enfant de sept ans. Impubère. Faciès adénoïdien. Implantation dentaire défectueuse. Strabisme bilatéral. Nystagmus important. Chorio-rétinite héréditaire.

Traitement : antélobine. Œstrogènes de synthèse.

Comportement : docile mais indifférente. Propre, coquette, adroite; s'occupe aux travaux du ménage dans sa section.

Rééducation actuellement handicapée par une primo-infection grave. Une malade institutrice de son métier s'occupe spécialement de l'enfant qui est actuellement convalescente.

Lecture sous-syllabique. Progrès au point de vue du langage.

Au T.A.T. mauvaise adaptation, désintérêt. Tantôt interprétations stéréotypées, tantôt tendance à la fabulation.

Au Terman, Q.I. 50.

Formalité de placement dans un Institut médico-pédagogique actuellement en cours.

OBSERVATION N° 5.

Suzanne B., treize ans. Internée en août 1950 (placement d'office). Mère décédée : le père a abandonné l'enfant.

A son entrée. Idiotie mongolienne. Q.I. 50. Crises de colère intermittentes. Primo-infection tuberculeuse récente sans gravité. Langage rudimentaire. Discipline sphinctérienne correcte.

Yeux bridés, épicanthus, nez écrasé, lèvres épaisses, palais ogival, langue scrotale. Genu valgum. Mains et pieds boudinés. Anomalies importantes des plis palmaires (pli transversal unique, un seul pli sur l'auriculaire. Examen neurologique négatif. Troubles vaso-moteurs : acrocyanose, sueurs profuses, hypothermie. Impubère.

Microphthalmie. Hypermétropie importante.

Comportement : capable d'exécuter des ordres simples. Affectueuse mais agressive quand sa maîtresse d'école s'occupe de ses camarades avant elle. Activité gestuelle désordonnée, sauf quand elle écoute des disques et la radio. Retient facilement des petites chansons.

Légers progrès au point de vue du langage qui reste agrammatical. Raucité de la voix.

OBSERVATION N° 6.

Rolande D., seize ans. Internée en juillet 1946 (placement d'office). Père décédé, mère remariée, ne s'occupe plus de l'enfant.

A son entrée, crises épileptiques fréquentes (jusqu'à 6 à 8 par jour). Tendances perverses, fugues. Etat physique médiocre. Inadaptation au milieu de l'hospice. Q.I. 50.

Hyperéfectivité tendineuse. Myoclonies de la face. Fond d'œil normal. Nystagmus.

Au début de son hospitalisation tendances dyssociales. Egocentrique. Vaniteuse. Colères à la moindre contrariété. Se bat fréquemment avec les autres malades. Refuse de travailler. Cependant elle est soigneuse et ordonnée.

Amélioration rapide de l'état général. Diminution des crises avec le traitement : environ une par mois. Menstruations plus régulières.

Grosse amélioration du comportement social après plusieurs mois d'école. A appris à lire et à écrire à l'asile. Actuellement travaille au

repassage et à l'atelier de couture. S'y montre travailleuse et docile, s'entend beaucoup mieux avec ses compagnes; elle est moins protestataire et revendicatrice.

Au T.A.T., comportement bien adapté.

Réussit les épreuves adultes des labyrinthes de Porteus.

Niveau intellectuel satisfaisant (Q.I. 70 en janvier 1950, au Terman). Cependant les difficultés de placement dans une maison pour épileptiques — demandes formulées il y a plusieurs mois — risquent de compromettre la régression des troubles caractériels.

OBSERVATION N° 7.

Claude G., sept ans. Interné en mars 1949. Placement volontaire. Parents cultivateurs s'occupant régulièrement de lui.

A son entrée : comitialité, imbécillité. Ne peut être gardé par ses parents à cause de sa turbulence.

Dentition défectueuse, palais ogival. Langage très rudimentaire.

Actuellement, état général satisfaisant. Enfant robuste. Silhouette trapue. Dystrophie crânienne. Nez écrasé. Yeux bridés. Lèvres épaisses. Cyphose dorsale. Réflexe cutané plantaire en extension à gauche avec hyper-réflexivité patellaire et achilléenne comparativement au côté droit. Marche en sautillant, sans balancement automatique des bras. Syncinésies et hypertonie musculaire. Fréquence des crises comitiales : 3 à 4 par mois. Reste au maximum 20 jours sans crise. Fond d'œil normal.

Comportement : turbulent, intrépide. Colères fréquentes. Affectueux. Mange et s'habille seul. N'est plus énurétique. Progrès au point de vue langage : amélioration de l'articulation et amélioration du vocabulaire.

Difficile à tester à cause de son inattention. Au BINET-SIMON 3 ans d'âge mental. Au test de Mme BOREL-MAISONNY 4 ans.

OBSERVATION N° 8.

Léone B., dix ans. Internée en juin 1945. Placement d'office. Enfant de l'A.P.

A son entrée : « Etat d'arriération psycho-somatique ». Imbécillité. Langage rudimentaire. Comportement assez bien adapté. Discipline sphinctérienne correcte. Syndrome de LITTLE.

Examen clinique en 1950. Depuis un ans cette enfant marche seule mais difficilement. Démarche spasmodique, membres en adduction (en ciseaux). Diminution considérable de la force musculaire portant sur les extenseurs et les raccourcisseurs. Hyperéflexie tendineuse. Pas de Babinski.

Tremblement spontané discret accentué aux épreuves classiques. Dys-métrie. Adiadococcinésie.

Tachycardie à 110. Troubles vasomoteurs; sueurs et acrocyanose.

Strabisme convergent bilatéral. Mydriase importante. Fond d'œil normal.

Cuti-réaction positive. Séquelles de primo-infection.

Au Terman : 6 ans 1/2 d'âge mental. Gain de six mois pour un an d'âge chronologique. Au Matrix enfants : centilage 15. Résultats aux tests de performance supérieurs à ceux obtenus aux tests d'intelligence. Elle exécute correctement certaines planches adultes des labyrinthes de Porteus.

En résumé, régression notable des troubles moteurs; mange seule, s'habille seule, effectue quelques points de tricot, tresse du raphia. Cependant arriération motrice de près de cinq ans au test d'Ozeretski.

Amélioration du langage : prononce des petites phrases. N'utilise pas le « je ». Compréhension correcte des ordres qui lui sont donnés. Enfant docile, appliquée, curieuse.

Attention facile à fixer. Intéressée par toutes les activités scolaires malgré ses troubles moteurs importants.

Toujours inhibée par la présence des étrangers. Très attachée à ses éducatrices.

Doit sortir prochainement pour aller chez une tante qui veut bien la reprendre.

OBSERVATION N° 9.

Michel D., huit ans. Interné en 1945 à l'âge de deux ans (placement d'office). Délaisse par ses parents qui se désintéressent de lui. Certificat d'internement « Arriération mentale du niveau de l'imbécillité. Profère quelques syllabes sans articulation verbale compréhensible. Répond à son nom et identifie quelques objets et personnes. Turbulence. Marche spasmodique. Légère hydro-céphalie. Pas de syndrome neurologique. Pas d'éducation sphinctérienne ».

Actuellement état général satisfaisant. Signes de débilité motrice : hypertonie musculaire, hyperéfectivité tendineuse, démarche sautillante. Maladresses.

Turbulence extrême, touche à tout. Agressivité vis-à-vis des autres malades. Comportement hypo-maniaque à certains moments. Une de nos malades s'est occupée particulièrement de cet enfant pendant un an. Il a acquis quelques notions élémentaires : sait ses lettres et ses chiffres et sait les écrire, mange seul et s'habille seul. Disparition de l'énurésie. Amélioration du vocabulaire de l'articulation. Résultat décevant au point de vue de l'instabilité.

A cause de son agitation permanente cet enfant a été lobotomisé en septembre 1950 (Docteur TALAIRACH). A l'intervention, atrophie corticale, cerveau de consistance dure, dilatation des cornes frontales. Pendant deux mois il a été beaucoup plus calme, puis progressivement il est redevenu ce qu'il était avant. Gâtisme intermittent la nuit. Aucun déficit au Terman (âge mental 4 ans).

Au test sans langage de Mme BOREL-MAISONNY (4 ans 1/2). Attention impossible à fixer. Réussites inattendues à certaines épreuves des labyrinthes de Porteus et au Matrix enfants. Continue à faire des progrès au point de vue langage.

ENFANTS DU SERVICE DES HOMMES

OBSERVATION N° 10.

Jacques L., treize ans. Interné en mai 1948 (placement d'office).

Renseignements : mère veuve, journalière. Pas d'arriérés ni d'antécédents psychopathiques dans la famille. L'enfant n'a pu être gardé dans l'hospice où il était placé par suite de son instabilité : colères fréquentes, menaces de mettre le feu, etc...

Cliniquement : enfant chérif, hypotrophie staturale et pondérale. Pâleur marquée des téguments et des muqueuses. Amputation au niveau de la cuisse droite à la suite d'une ostéomyélite. Cypho-scoliose de compensation. Impubère. Pas de troubles neurologiques : légère hyporéflexie tendineuse.

Kératite interstitielle.

Anomalies importantes des plis palmaires.

Comportement à l'asile : turbulence, activité gestuelle désordonnée. Fonds cyclothymique. Sentiment d'infériorité du fait de son amputation, mais arrive à compenser cette déficience physique dans ses jeux et dans son travail. Attitude revendicatrice vis-à-vis des autres malades et du personnel infirmier. Tendances paranoïaques au test de Woodworth.

A appris à lire et à écrire à l'asile. En mai 1950, âge mental inférieur à huit ans. En janvier 1951, âge mental, huit ans et demi au Terman. Au T.A.T., mauvaise adaptation, agressivité modérée, thème d'homosexualité. Sentiments de reconnaissance et fixation vis-à-vis de sa maîtresse d'école.

Cependant dans l'ensemble, diminution des manifestations d'opposition. Rendement meilleur dans les petits travaux qui lui sont confiés.

OBSERVATION N° 11.

Serge L., onze ans. Interné en février 1945 (placement d'office).

Renseignements : enfant de l'assistance publique.

Coléreux, bagarreur. Tentative d'incendie. Gâtisme. Arriération sans progrès. Aptitudes manuelles nulles. Age mental : 4 ans.

— Examen clinique : enfant robuste, piqueur. Dystrophie crânienne. Voûte palatine ogivale. Faciès adénoïdien. Nombreuses cicatrices. Gros abdomen. Pas de troubles neurologiques.

Chorio rétinite bilatérale probablement héréditaire.

— Comportement : insupportable, agressif, élastique. Tendances perverses, rétivité, malignité. Tendances homo-sexuelles. Niveau intellectuel relativement satisfaisant. L'arriération sans progrès, les aptitudes manuelles nulles signalées par l'A.P. avant son entrée ne se sont pas confirmées par la suite. Au Terman : 7 ans et demi. On note une dispersion aux tests. Au Matrix enfants, il donne le même nombre de réponses qu'un enfant de neuf ans et demi de centilage 50. Au T.A.T. thèmes d'abandon familial, d'ennui et même de suicide. Extériorisations de tendances agressives. Tendances épileptoïdes. Préoccupations homo-sexuelles. Réussite excellente aux labyrinthes de Porteus et au Test de Heuyer-Baille. Aucune amélioration au point de vue caractériel. Serait justiciable d'une psychothérapie individuelle.

OBSERVATION N° 12.

Gilbert G., quinze ans. Interné en décembre 1945 (placement d'office).

Enfant délinquant : a fait l'objet d'un rapport médico-légal du Docteur PICARD pour vol. Père et mère, débiles mentaux vivant de rapines. Complicité probable du père quant au vol.

— Cinq enfants dont deux morts en bas âge. Gilbert a eu une enfance malade. Fréquentation scolaire très irrégulière.

— Examen clinique : type longiligne, asthénique. Grossiers stigmates dégénératifs. Dolichocéphalie. Crises d'asthme. Sueurs profuses. Aurait présenté avant son entrée des crises d'allure hystéroïde. Ni encéphalopathie, ni paralysie, ni convulsions, ni épilepsie. Examen neurologique négatif. Mimique pauvre. Voix rauque et monocorde. Pauvreté du vocabulaire.

— Comportement à l'asile : docile et appliqué. Effectue avec bonne volonté les travaux qui lui sont confiés. En décembre 1950, sept ans et demi, lecture sous syllabique. Son placement comme garçon de ferme est actuellement envisagé.

Tests de performance supérieurs aux tests de niveau intellectuel.

Au T.A.T., dans l'ensemble comportement bien adapté. Thème de dissociation familiale, avec père agressif et brutal.

OBSERVATION N° 13.

Jack G., quatorze ans. Interné en 1943 (placement d'office).

— Renseignements. Mère décédée de péritonite à vingt-six ans. Père remarié, ne s'intéresse plus à l'enfant. Seule une sœur vient le voir régulièrement.

Grossesse de la mère normale. Accouchement à terme. Dès l'âge de deux ans, on s'est aperçu qu'il était anormal. Premier pas à deux ans. Premiers mots à deux ans et demi. Enfant obéissant et doux.

— Certificat d'internement : « Etat d'arriération mentale du niveau de la débilité profonde. Nanisme. Luxation congénitale de la hanche bilatérale. Laxité ligamentaire. Hypotonie ».

Visage anguleux, yeux bridés. Voûte palatine ogivale. Langue fissurée. Cyphose dorsale et lordose lombaire. Marche en se dandinant du fait de sa luxation. Hyperéflexie tendineuse. Examen neurologique négatif. Fond d'œil normal. Enurésie.

— Comportement à l'asile. Calme. Discipline sphinctérienne correcte à partir de 1945. S'intéresse à tout ce qui se passe autour de lui. Colères assez rares mais violentes. Amitié amoureuse vis-à-vis d'une petite oligophrène.

Traitement : hormone gonadotrope et thymus sans résultat appréciable.

— En 1943, 4 ans, 2 mois d'âge mental au BINET-SIMON.

En septembre 1948, 5 ans.

En janvier 1951, six ans et demi.

Bonne réussite aux tests de performance.

En résumé enfant dont les progrès récents sont encourageants.

OBSERVATION N° 14.

Jean B., quatorze ans. Interné en juillet 1945 (placement d'office). Parents cultivateurs : se désintéressent de l'enfant.

— A son entrée, arriération mentale du niveau de l'imbécillité. Langage pauvre. Capable d'exécuter correctement quelques ordres simples. Physionomie harmonieuse. Cryptorchidie. Gâtisme et phtirisme. Age mental quatre ans. Wasserman positif dans le sang. Après un traitement au sulfarsénol, sérologie négative. Dentition défectueuse. Echancrures sur les incisives médianes. Tubercules supplémentaires sur les molaires. Hypertrophie amygdalienne. Examen neurologique négatif. Fond d'œil normal.

— Comportement à l'asile : enfant docile et apathique, travailleur. Arriération affective.

Disparition de l'énurésie.

Acquisitions scolaires nulles. Habileté manuelle satisfaisante.

Doué pour le chant qui est pour lui un bon stimulant.

— En décembre 1950, âge mental, six ans au Terman.

OBSERVATION N° 15.

Jean K., seize ans. Interné en avril 1943 (placement d'office). Enfant de l'Assistance Publique.

A son entrée, état d'arriération consécutif à une encéphalopathie infantile. Séquelles d'hémiplégie droite. Présenterait des perversions instinctives. Enurésie.

— Actuellement, adolescent de type longilique. Langue fissurée. Palais ogival. Dentition crénelée. Cyphose dorsale. Diminution considérable de

la force musculaires des raccourcisseurs et des extenseurs du membre inférieur droit avec amyotrophie des muscles de l'épaule droite et hyporéflexie. Force musculaire normale au membre inférieur droit. Pas de signe d'irritation pyramidale. Fond d'œil normal.

— Comportement à l'asile : caractère difficile, violences, injures, manifestations continuelles d'opposition. Impulsif. Légère régression des troubles caractériels depuis qu'il assiste régulièrement à l'école. Joue le rôle du chef. Admiré par ses camarades. Sentiment de reconnaissance vis-à-vis de son éducatrice. Au T.A.T. : rétif, buté. Thèmes d'agressivité, hostilité vis-à-vis de toutes les figures féminines. Comportement mal adapté. A appris à lire et à écrire à l'asile. Habileté manuelle satisfaisante : gaucher.

— En 1943, âge mental : cinq ans et demi. En décembre 1950, huit ans et demi au Terman.

OBSERVATION N° 16.

Eloi C..., seize ans, Interné en février 1950. Placement d'office.

— Renseignements : père ouvrier agricole, éthylique; mère incarcérée « d'immoralité notoire ». Un frère arriéré. Une sœur retardée scolaire. Une sœur retardée de la parole. Une sœur présentant des troubles caractériels graves. Une autre hypothyroïdienne mais de niveau scolaire normal. Elevé par une nourrice qui l'obligeait à commettre des petits vols. Fréquentation scolaire très irrégulière. Puis il est placé dans une ferme où il continue à voler. Colères fréquentes; injures, menaces, mensonges rares. Pas de fugues. Bon vis-à-vis des animaux. S'acquitte bien de petits travaux mais seul.

— Examen clinique : hypotrophie staturale et pondérale. Ensellure lombaire accentuée. Abdomen volumineux en obusier. Cryptorchidie. Pilosité pubienne peu marquée. Examen neurologique négatif. Elocution correcte, mais vocabulaire pauvre. Astigmatisme. Fond d'œil normal. Traitement à base d'extrait thyroïdien.

— Comportement à l'asile : type « à grandes oscillations ». En général passif et triste. Parfois colère clastique avec injures et coups. Sentiments d'infériorité très nets. Disparition de l'énurésie et de la gloutonnerie. Sommeil moins agité. Depuis qu'il va à l'école, il est beaucoup moins taciturne qu'à son entrée. Sentiments de reconnaissance vis-à-vis de ses maîtresses d'école. Cherche à rendre service, exécute correctement les petits

travaux qui lui sont confiés. En février 1950, âge mental : six ans et demi au Binet-Simon. En décembre 1950, sept ans au Terman. Au T,A,T. : thème d'abandon familial. Préoccupations alimentaires. Projets de travail dans une ferme. Déséquilibre thymique.

OBSERVATION N° 17.

Jacques P..., dix-huit ans. Placement volontaire gratuit. Interné en octobre 1949.

Père éthylique. Mère décédée. Délinquance. A fracturé des troncs dans les églises.

— Examen clinique : comitialité à manifestations espacées. Equivalents fréquents. Etat général déficient. Taille 1 m. 43. Poids 35 kg. Voûte palatine ogivale. Système pileux et organes génitaux peu développés.

Examen neurologique : négatif.

— Examen oculaire : papilles myopiques; œil gauche amblyope, myope, acuité visuelle 3/10°.

— Au cours de son internement, amélioration sensible du comportement. Diminution des manifestations d'opposition. Acquisitions scolaires notables. Sait lire et écrire. Très attaché « à son éducatrice » qui avait obtenu l'autorisation de le sortir avec elle en ville. Age mental : huit ans et demi. Gain de huit mois en treize mois d'internement.

Placé chez sa grand-mère en décembre 1950.

Situation asilaire

Le service des femmes assiste les filles et en outre les garçons d'âge inférieur à huit ans. Le service des hommes reçoit les garçons au-dessus de cet âge. L'hôpital psychiatrique ne disposant pas d'Institut médico-pédagogique, ni de pavillon spécialement destiné aux arriérés, ceux-ci sont placés dans des locaux archaïques, vastes et sans confort. Les installations hygiéniques sont élémentaires. Le mobilier est réduit au minimum (grandes tables, bancs, pas de casiers individuels). Les vêtements sont solides, mais frustes. La nourriture est convenable, mais elle a la monotonie des nourritures de collectivités. Les dortoirs sont vastes, nus, tristes. Des murs élevés limitent les cours intérieures; une grille étroite permet une vue limitée sur le paysage, par ailleurs très agréable. Nous devons cependant remarquer que la réorganisation du service des femmes, actuellement en cours, transformera radicalement cette condition déplorable.

Il est évident que ce cadre a, en lui-même, une valeur anti-éducative, qu'il crée un climat de méfiance, « une restriction à la liberté » propre à engendrer l'opposition. On ne voit pas très bien comment on pourrait reprocher à ces oligophrènes d'être paresseux, malpropres, indisciplinés, alors que ces faits sont inscrits implicitement dans l'architecture et le matériel de l'asile. Sans doute, il serait naïf de croire que dans des circonstances idéales, ces défauts disparaîtraient d'emblée, mais néanmoins on peut dire que le destin de nos oligophrènes est « surdéterminé » par cette situation défavorable, qui va à l'encontre de tous les principes modernes de rééducation. Il est facile d'imaginer ce qui serait le comportement d'enfants normaux placés dans les mêmes conditions.

RAPPORTS OLIGOPHRENES ADULTES DANS LE SERVICE DES HOMMES

L'infirmier de la section représente le chef, l'autorité avec laquelle l'arriéré passe la majeure partie de son temps. L'oligophrène est un perturbateur qui complique une surveillance déjà empreinte de routine et de rite. Son opinion est en général bien arrêtée. Il n'y a rien à faire pour améliorer ces « indisciplinés », ces « anormaux ». Il est vain de dépenser du temps et de l'argent pour eux. Il n'y a qu'une solution « les dresser ». « L'opposition est un obstacle qui ne fait pas partie du programme : c'est un accroc à la routine et à l'ordre. » (SOMMER.) Cette attitude basée sur un préjugé défavorable, aboutit naturellement à une conduite répressive. Si elle est exempte de brutalités, elle implique le plus souvent des sanctions dont l'oligophrène ne saisit pas la portée. La lecture des rapports écrits sur ces enfants, depuis des années, est particulièrement significative. Exceptionnellement, pour ainsi dire jamais, ce qui pourrait être porté à l'actif des enfants est noté. Par contre, leurs méfaits, bagarres, coups, sont transcrits scrupuleusement et le personnel infirmier est très sensible à leurs insultes.

Les efforts accomplis, en faveur des enfants, ont cependant conduit certains membres du personnel à adopter une position plus nuancée. Les enfants les moins turbulents sont encouragés à exécuter de petits travaux, non plus comme des corvées, mais comme des actions, où ils ont un rôle utile à jouer. D'autre part, au fur et à mesure que les enfants étaient plus occupés en dehors de la section, les conflits ont diminué.

Les rapports de nos oligophrènes avec les malades hommes sont beaucoup plus teintés d'agressivité que chez les femmes. L'enfant est un gêneur qui vient perturber des contacts déjà hyperesthésiés par le surpeuplement. Certains transfèrent sur l'enfant leurs insatisfactions personnelles. D'autres, débiles adultes qui se sentent eux-mêmes brimés, « retournent à un mode de vie infantile » et au contraire protègent l'oligophrène.

RAPPORTS OLIGOPHRENES ADULTES DANS LE SERVICE DES FEMMES

Dans le service des femmes, les sections sont dirigées par des religieuses qui sont secondées par des infirmières laïques. Le comportement de l'enfant est noté au jour le jour avec plus de détails et d'objectivité. Si on insiste sur ses défauts — en particulier sur son caractère vicieux —, on mentionne aussi les menus services qu'il rend, ses gentillesse, les progrès qu'il accomplit. Les infirmières, pour la plupart mères de famille, ne les considèrent pas comme des « tarés », mais comme des « petits malheureux », « difficiles mais gentils tout de même », suivant leurs propres expressions. Elles sont plus aptes à l'apprentissage des travaux ménagers, plus attentives aux soins corporels, plus patientes vis-à-vis des oligophrènes instables. Leurs sanctions sont plus rares, plus bénignes, moins hostiles. Elles s'efforcent de rompre l'isolement de l'enfant en le sortant de sa section toutes les fois qu'elles en ont l'occasion. Presque toutes sont accueillies avec joie quand elles reprennent leur travail le matin.

Dans l'ensemble, elles sont beaucoup plus aptes psychologiquement à créer une atmosphère de confiance et d'affection. Schématiquement, on peut dire qu'elle est « aimée » alors que son collègue est « craint ».

RELATIONS AVEC LES MALADES FEMMES ET INSTAURATION DE RELATIONS FAMILIALES DE REMPLACEMENT

Notre maître, le Docteur Henri Ey, a jugé préférable de disperser les oligophrènes au contact des adultes les plus évolués psychologiquement et socialement, plutôt que de les grouper dans une section spéciale. En effet, dans cette seconde alternative, les enfants auraient été placés dans un local austère et inconfortable, avec un personnel changeant suivant les heures de travail. Il aurait été alors difficile de créer l'am-

bianche familiale souhaitée. Par ailleurs, on sait que même des enfants normaux ont peu tendance à vivre en groupes et les oligophrènes encore bien moins. Chez les imbéciles, l'aptitude à former des groupes organisés est à peine ébauchée (SCHNEEP-SOHN). Il nous semble qu'avec cette formule, les contacts établis sont beaucoup plus variés et plus intimes. Fréquemment nous voyons s'établir des relations type mère-enfant. Telle délirante paranoïaque, elle-même mère de trois enfants, s'occupe régulièrement d'un imbécile épileptique très turbulent; elle tricote pour lui améliorer sa vêtue, lui confectionne des petits jouets en raphia, partage ses colis. Telle autre institutrice persécutée réussit à faire lire de façon syllabique une débile profonde. Une autre encore, débile elle aussi, joue le rôle d'une mère un peu autoritaire mais généreuse auprès d'une imbécile achondroplase. On les rencontre toujours ensemble et elles partagent la même chambre. Nous verrons que des rapports identiques ont été établis avec des malades faisant fonction d'institutrice. Toutes ces femmes sont pleines de sollicitude pour les arriérés. Elles les assistent au cours de leurs repas, de leurs jeux, les aident à s'habiller. Il arrive même qu'elles soutiennent avec vigueur que l'enfant est normal, comme les autres.

On retrouve là des faits analogues à ceux constatés par VIE et SANO, dans les colonies familiales. On sait que les imbéciles et les débiles sont parmi les meilleurs malades de la colonie. A Geel, la nourrice est appelée « maman » et le nourricier joue le rôle du père. VIE a rapporté comment les veuves âgées sont pleines de sollicitude pour ces arriérés. Il cite le cas d'un imbécile qui, placé trente ans chez une veuve, fut complètement désorienté à la mort de celle-ci. Rien ne pouvait faire prévoir un pareil attachement. Souvent des débiles habitués ainsi à vivre depuis des années aux côtés de parents fictifs, ne s'acclimatent pas si les circonstances obligent à les placer ailleurs et refusent même, le cas échéant, de revenir chez leurs parents réels, malgré les demandes réitérées de ceux-ci.

« Le contact permanent avec la vie sociale constitue par lui-même un procédé de rééducation. » (VIE.)

Création d'une école avec le concours des malades

Malgré cette amélioration quantitative et qualitative des rapports affectifs, nos arriérés restaient trop longtemps encore enfermés dans le cadre artificiel de l'asile. C'est pour lutter contre cet isolement qu'une école placée sous la direction de certaines malades fut organisée et fonctionne à peu près régulièrement depuis dix-huit mois. Ce poste de confiance attribué à des malades peut évidemment prêter à bien des critiques et on peut se demander dans quelle mesure les enfants servent de « déversoir » aux troubles psychotiques ou névrotiques de ces « éducatrices improvisées ». En fait, l'expérience nous a montré que les difficultés viennent beaucoup moins de la psychopathie en elle-même, que de l'établissement d'un emploi du temps régulier, car les rechutes ou la sortie de ces malades constituent l'obstacle majeur à la continuité de cette expérience.

Ces derniers mois, nous avons eu la chance de bénéficier de la présence assez régulière de deux malades.

Jacqueline V..., vingt-cinq ans, a été internée, il y a trois ans, pour « déséquilibre mental, à manifestations polymorphes. Toxicomanie à la morphine, tendances mytho-maniaques, outrances caractérielles et instinctivo-affectives ». C'est une ex-infirmière d'intelligence supérieure à la moyenne. Très aimée des enfants, elle a su réaliser un climat de confiance et d'émulation. Réussissant à se faire obéir, tout en leur laissant une grande liberté, elle est à la base de la régression des troubles caractériels de plusieurs d'entre eux.

Jacques C..., le seul « éducateur » du groupe, est un jeune épileptique hypomaniaque, ancien chef routier. Intéressé par les problèmes de rééducation, il s'est donné à sa tâche, avec enthousiasme et une persévérance qu'il fallait même parfois tempérer.

D'autres malades se sont également occupés de l'école pendant un temps plus ou moins long. Citons : *Blandine D...*, internée alors qu'elle préparait une licence d'anglais. « Délire chronique systématisé à structure paranoïaque. Hypersthénie. Conviction délirante inébranlable. »

Citons encore une institutrice libre, une jeune bachelière préparant Normale Supérieure et présentant un syndrome d'influence à son début. Naturellement, ces malades étaient soigneusement choisies, surveillées et conseillées. Les ouvrages classiques de rééducation ainsi que les périodiques spécialisés étaient à leur disposition et fréquemment consultés. L'école fut aménagée dans une salle attenante au service libre et de construction moderne. Elle est claire, gaie, propre. Elle contraste avec la vétusté des locaux où l'enfant passe le reste de son existence. Pour y accéder, les enfants doivent effectuer depuis leurs sections une promenade agréable à travers le parc de la propriété.

Les directives données à nos « malades-assistantes » s'inspiraient dans une large mesure du rapport de Mme JADOT-DECROLY au Congrès international de psychiatrie infantile de 1938, à savoir : individualiser l'enseignement au maximum — enseigner au ralenti — faire agir l'enfant le plus souvent possible — lui donner le maximum de libertés — l'insérer dans un milieu riche en stimulants et utiliser les intérêts particuliers comme leviers — surtout donner une grande importance aux activités pratiques.

Le fonctionnement de cette école est très souple. Les séances de travail scolaire sont courtes par suite du fléchissement rapide de leur attention. Nous avons utilisé pour la lecture et l'écriture la méthode globale. L'enseignement verbal était réduit, faisant peu appel à la mémoire, et concrétisé autant que possible.

A la belle saison, des jeux sont organisés dans le parc. Les oligophrènes plus âgés bénéficient du terrain de sport (volley-ball, croquet, boules, etc.).

Des goûters furent donnés cet été tous les jeudis. Au cours de l'un d'entre eux, nous avons pu assister à un petit spectacle exécuté par les plus aptes de nos oligophrènes.

— Une de nos « éducatrices », obtint l'autorisation d'emmener en ville un de ses protégés. Ce jeune délinquant, pillier de troncs d'église, visita avec elle les magasins et revint enchanté de ces quelques heures de liberté.

En dehors des heures d'école, l'inactivité est combattue en dirigeant nos arriérés vers les ateliers et en incitant le personnel infirmier à les utiliser le plus souvent possible. La buanderie, la couture, le repassage accueillent certaines jeunes filles. Deux Mongoliennes et des imbéciles travaillent à l'atelier de raphia. D'autres exécutent de menus travaux : balayage, commissions. Les garçons aident par exemple au jardinage, au lavage des salles, au transport des matériaux, etc... Dans ces travaux, il y a intérêt, comme le conseille le docteur SIVADON à constituer de petits groupes homogènes : 5 à 7 pour les débiles légers, 3 à 4 pour les débiles profonds et les imbéciles.

Au début de cette expérience, le matériel de notre école était rudimentaire. Grâce au concours de l'administration de l'hôpital, de l'Entraide psycho-sociale féminine d'Eure-et-Loir et surtout grâce à l'action personnelle de nos malades, il a été amélioré de jour en jour. Actuellement nous disposons de deux salles, ce qui nous a permis de scinder en deux notre groupe initial et d'en accroître l'effectif (24 au maximum). Ces salles sont bien décorées. Les tables sont confortables. Le matériel de modelage, cartonnage, découpage, jeux de construction, tricot, etc... a été constitué petit à petit.

Ces quelques exemples, montrent qu'avec de faibles moyens au départ il est possible, avec la bonne volonté des uns et des autres, de faire fonctionner une école de façon satisfaisante. L'ambiance nouvelle ainsi créée nous paraît de loin supérieure à la garderie d'oligophrènes.

Certaines activités spéciales nous ont permis de préciser les aptitudes de nos oligophrènes, en même temps qu'elles constituaient pour eux une distraction supplémentaire. Nous envisagerons successivement l'étude de leurs dessins, de leurs aptitudes rythmiques, l'étude de leurs réactions à des situations artificielles défavorables.

LES DESSINS DE NOS OLIGOPHRÈNES.

D'une façon générale ces dessins, comme de nombreux auteurs l'ont signalé sont pauvres. Le test de FAY — représentation d'une femme se promenant sous la pluie — traduit l'impossibilité de ces arriérés à synthétiser plusieurs données. La cote va de $1/2$ à $1\ 1/2$ (huit ans). La pluie est toujours représentée, mais souvent en traits irréguliers et éparpillés. Le sexe, l'acte de se promener, le paysage, sont rarement mentionnés. Aucun des enfants n'a dessiné un parapluie.

Plus intéressant nous paraît le décalage existant entre les dessins imposés et les dessins libres. Ces derniers sont nettement supérieurs. Jean K..., quinze ans, qui selon le test de FAY, aurait sept ans d'âge mental, est capable de se représenter de profil, un sac sur le dos, traînant un âne et se dirigeant vers un moulin. Sa propre figuration correspond à dix ans d'après le tableau de SCHYTEN reproduit dans le travail de COTTE, ROUX et AUREILLE. De même que l'attention intéressée est supérieure à l'attention testée chez l'oligophrène de même le dessin spontané est plus riche en éléments picturaux que le dessin test. Ces dessins sont très variables d'un jour à l'autre. La distribution des crayons de couleur améliore par exemple, les dessins de Jacques L... Il dessine un garçon coiffé d'un bonnet d'âne abattant des pommes avec un arbalète. Deux autres garçons se disputent les pommes. Lui ne participe pas à cette action.

Serge L..., dessine un personnage grim pant le long d'une échelle qui se termine à un immense soleil.

Gilbert C..., délinquant voleur, se représente à deux reprises différentes, amputé du bras droit. COTTE a rapporté l'ab-

sence fréquente des mains dans les dessins de délinquants normaux.

La représentation des parents surprend les enfants et crée un certain malaise. Le père, dans la plupart des cas, est de taille très supérieure à celle de la mère, les mains sont plus grosses; une pipe, des poches sont ajoutées.

M. G..., essaie de représenter sa « mère fictive », parfois un camarade plus fort symbolise le père (cas de Jackie F... qui représente très bien son camarade Jean K...).

Quantitativement et qualitativement ces dessins sont plus pauvres que ceux des enfants de même âge chronologique. Cette indigence graphique ressort nettement par contraste avec un jeune schizophrène de douze ans, qui dessinait avec nos arriérés. Ses dessins sont riches en symboles, manifestent de fortes préoccupations sexuelles, une attirance permanente vers le vide, et une remarquable « géométrisation » des tracés.

Selon COTTE, ROUX et AUREILLE, les dessins des oligophrènes ont les mêmes caractéristiques que les dessins d'enfants normaux du même âge mental, mais alors que chez ces derniers les divers stades se succèdent rapidement, les premiers restent longtemps et même peuvent se fixer à une phase déterminée. Les dessins sont stéréotypés (moulins à vent, drapeaux, arbres). Les petits détails sont notés avec persévération (EARL). Les parties du corps sont localisées souvent arbitrairement. FONTES rattache cette incapacité à l'« impossibilité totale de reproduction du schéma corporel humain ». Nous n'avons pas retrouvé la tendance à remonter les détails de l'habillement (boutons dans le cou, par exemple) signalée par ce même auteur. De même la représentation d'organes ou de symboles sexuels est rare chez nos oligophrènes. Marcelle G... mentionne le sexe chez sa mère fictive, par un cercle : les seins sont figurés exceptionnellement ainsi que les pantalons. Le professeur HEUYER a rapporté le cas d'un débile avec mutisme psychogène de huit ans 1/2 d'âge mental, dont les dessins ont mis en évidence un complexe de castration.

Si le dessin peut donner une indication utile sur le niveau mental, il doit être répété, étant donné les différences enre-

gistrées d'un jour à l'autre. C'est ainsi que nous avons noté au cours de la répétition du test de FAY de sensibles modifications, impossibles à expliquer seulement par une amélioration du niveau intellectuel.

ADAPTATION A DES SITUATIONS DÉFAVORABLES ARTIFICIELLEMENT CRÉÉES.

Reprenant les intéressantes expériences de KATZ, nous avons pu apprécier comment nos oligophrènes compensaient dans l'immédiat certaines infériorités.

— L'exercice d'opérations à l'aide d'une seule main (allumer une bougie, ouvrir et fermer un flacon) montre que cette infériorité organique est relativement bien compensée pour les oligophrènes d'âge mental voisin de huit ans. Ceux-ci résolvent bien le problème, mais comme KATZ le signale, ils trouvent moins de solutions (en moyenne trois pour l'enfilage d'une aiguille, alors que les normaux en trouveraient douze). Audessous de sept ans d'âge mental, les résultats sont variables, mais nettement moins bons : la bouche est utilisée plus souvent. Tous ont tendance lorsqu'ils ont récupéré leurs deux mains, à persévérer pendant un certain temps, à n'en utiliser qu'une seule.

Lorsqu'on leur demande, les yeux bandés, d'enlever puis de remettre des chaussures à lacets ou encore de contourner une table puis de revenir à la chaise de départ, la plupart d'entre eux exécutent rapidement ces épreuves.

SCHAEFER et LURIA ont montré que l'activité gestuelle des arriérés est particulièrement réaliste et précise. Souvent ils se font mieux comprendre par gestes que des enfants normaux. L'exclusion du langage (chez ceux de Q.I. les plus élevés) montrent qu'ils s'entendent parfaitement par gestes, surtout lorsqu'il s'agit de problèmes concrets.

D'une façon générale, ils font tout ce que de jeunes enfants sont capables de faire. KATZ dit que déjà à quatre ans et demi, l'enfant peut se réadapter sans expérience préalable. Mais c'est dans le nombre des moyens utilisés qu'apparaît l'infériorité des arriérés.

Cette compensation d'une infériorité organique est particulièrement nette chez Jacques L... Ce garçon âgé de quatorze ans (Q.I. 50) amputé au niveau de la cuisse droite est d'une remarquable agilité et au jeu de volley-ball égale ses camarades.

APTITUDES RYTHMIQUES.

Nos arriérés ont pu bénéficier de l'audition de disques et de la radio. Il a fallu beaucoup de patience pour leur apprendre quelques chansonnettes. Au début, deux ou trois enfants seulement chantaient au cours des promenades. Actuellement tout le groupe participe au chant et le répertoire est plus varié. Plusieurs sont capables de mimer des chansons simples et d'exécuter des pas de danses folkloriques. Cas classique, Suzanne M..., mongolienne turbulente, reste assise plus d'une heure quand elle écoute des disques. Par contre elle chante faux. Jean B..., dont le Q.I. est de 45, a une jolie voix et il enregistre avec beaucoup de facilité les airs qu'on lui apprend. Cette aptitude est pour lui un stimulant important.

FRAISSE, PICHOT, CLAIROUIN dans leur intéressante étude ont montré que la supériorité des oligophrènes pour ce qui est des aptitudes rythmiques n'est due qu'à un effet de contraste avec leur indigence plus apparente dans d'autres domaines. Pour la perception des formes rythmiques, pour l'aptitude à suivre une cadence, les résultats obtenus sont analogues à ceux donnés par des enfants normaux ayant le même âge mental, mais inférieurs à ceux des enfants normaux de même âge chronologique. Les mêmes auteurs ont constaté un tempo lent chez certains oligophrènes calmes et passifs. Mais en général, il est rapide et régulier et tend à se ralentir avec l'âge. Ils concluent que les aptitudes rythmiques sont indépendantes du niveau intellectuel et distribuées de la même façon chez les oligophrènes, les jeunes enfants, et les enfants plus âgés.

ACTIVITÉS DIVERSES.

Notre « éducateur » J. C. après des semaines d'efforts a réussi à intéresser et à faire participer activement les plus

âgés de nos oligophrènes à quelques jeux scouts. Par contre, les plus petits trop turbulents ou apathiques ne suivent pas. Pour eux, il est préférable de les confier par groupes de 2 ou 3 à une malade qui peut ainsi les promener tout en leur donnant le maximum de liberté.

Au cours des goûters du « jeudi », les plus âgés, en général se tiennent correctement, ils parlent peu et mangent proprement. Dans le but évident de faire plaisir au maître, ils interviennent auprès des plus jeunes, gloutons et turbulents, pour qu'ils ne quittent pas sans arrêt la table ?

— Il faut rechercher avec ténacité quelle est l'activité ou le jeu qui retiendra l'attention de l'oligophrène et lui servira de tremplin. Les cas cités par DAUMEZON et Mme JADOT-DECROLY sont particulièrement suggestifs à ce sujet. Le premier, débile âgé de quinze ans, est resté oisif et inerte jusqu'au jour où une partie de football, a provoqué un « démarrage » qui a permis, par la suite, de le faire travailler dans les ateliers. Le second, âgé de neuf ans (5 ans d'âge mental) ne faisait aucun progrès à l'école. Intéressé par l'élevage des poules, ils s'est remis à jouer et à travailler. A treize ans d'âge réel, il atteint neuf ans d'âge mental.

Nous pensons qu'il serait intéressant d'essayer de placer les plus grands sous la direction des ouvriers de l'établissement. SIVADON a montré que même des débiles mentaux, par des processus de compensation, arrivent à fournir un rendement satisfaisant. Il a pu ainsi constituer une équipe de laveurs de vitres qui fonctionne parfaitement. Pendant plusieurs jours, nous avons utilisé des petits groupes de débiles et d'imbéciles pour le déchargement et la mise en place d'un matériel important. Tous ont accepté de travailler avec empressement. Aucun d'entre eux ne s'est jamais dérobé ni plaint par la suite. Leur désir de bien faire compensait dans une certaine mesure leur maladresse. Une fois passée la précipitation du début et à condition de les guider et de les stimuler patiemment, il est possible de canaliser leurs énergies et d'obtenir un rendement satisfaisant.

COMPORTEMENT SEXUEL.

Nous avons vu que les dessins de nos oligophrènes étaient pauvres en thèmes sexuels, que le T.A.T. dans certains cas, nous a mieux rendu compte de certaines de leurs préoccupations sexuelles. Néanmoins, dans l'ensemble, leur sexualité paraît pauvre. Il est malaisé d'étudier quelle est l'influence des malades adultes dans ce domaine. KINSEY et ses collaborateurs ont montré à ce sujet que l'interview est une opération délicate chez des sujets de Q.I. inférieur à 70. On est obligé de répéter les questions sous une forme simple, d'éviter les suggestions, de vérifier toutes les réponses pour relever les contradictions. On ne tire pas grand'chose de positif de ces investigations.

Le personnel religieux ou infirmier prend soin que les enfants de sexe opposé ne comparent pas leurs nudités. La vie en dortoir est difficile à contrôler. Ce n'est que rarement que les infirmiers surprennent des enfants se livrant à la masturbation, ou à des actes homo-sexuels. Dans les sections on voit souvent les plus petits soulever les jupes des malades, s'intéresser aux changements de vêtement du personnel. Les plus âgés sont « renseignés » par les conversations des adultes, mais leur imagination indigente surajoute peu à ces données. Toutefois, on peut observer assez souvent des manifestations d'amitié amoureuse entre enfants, des curiosités d'ordre sexuel, des sentiments de pudeur imposés par une interdiction du milieu, comme le montrent les exemples suivants :

— *Jacques G...*, dix ans, s'est pris d'amitié pour *Yvonne L...*, huit ans, grande oligophrène. Toute la journée, il recherche sa compagnie, l'appelle « sa petite femme » et répète : « Je t'aime bien ma petite femme. Embrasse-moi ma Yvonne. » Quand on reproche à celle-ci de se salir, il la défend et va chercher le nécessaire pour nettoyer. Souvent, il essaie de jouer le rôle de la mère avec ses autres camarades. La nuit, il tente de rejoindre d'autres malades dans leur lit.

— *Liane R...*, douze ans, prend un plaisir évident à embrasser *Jacques L...*, même en présence de ses maîtres ou des médecins, alors que Jacques est visiblement gêné par ces démonstrations.

— *Jean K...*, seize ans, *Jacques L...*, quinze ans, *Serge L...*, onze ans, se précipitent vers les W.-C. chaque fois que leur maîtresse s'y rend.

— *Jacques L...* lui demande si elle va avoir ses règles, ayant sans doute appris ou constaté qu'elle ne fait plus l'école à cette époque.

— *René F...*, six ans, refuse de se déshabiller quand on veut l'examiner, alors qu'une petite fille est dans la salle. Il ne s'exécute qu'après nous avoir fait comprendre, par des gestes expressifs, car il ne prononce que quelques syllabes, qu'il faut qu'elle sorte.

— *Françoise B...*, douze ans, exprime son désir d'habiller sa poupée à l'école et déclare à sa maîtresse : « Je ne veux pas qu'elle passe toute nue devant les hommes. C'est vilain... tu ne le savais pas toi. »

— Cette relative inactivité sexuelle des arriérés a été constatée par de nombreux auteurs. On sait que dans les colonies familiales les attentats aux mœurs ou à la pudeur sont exceptionnels. Le pourcentage des malades ayant une activité sexuelle régulière est bas. Le même fait a été signalé dans l'armée par CHAVIGNY à propos de débiles mentaux. Cependant certains auteurs ont attribué les grossesses multiples des débilés à un sens génital précocement développé. Les statistiques de KINSEY montrent que lorsque le développement psychosomatique est ralenti, l'activité sexuelle se manifeste plus tardivement : elle reste infra-normale au cours de l'existence, décroît plus vite que pour les sujets normaux et le vieillissement est plus précoce.

*
**

En résumé, la création d'une école, l'instauration de relations familiales artificielles, nous ont permis de mieux connaître nos oligophrènes et de voir comment ils se comportaient dans un climat tout à fait différent de celui du service habituel d'Asile où on se borne à les garder. Ceci nous conduit à envisager maintenant quels ont été les changements et éventuellement les résultats obtenus à la suite de ces initiatives.

Considérations sur les résultats obtenus

Disons tout de suite, que pour que cette expérience soit valable, elle demande le concours de tous, personnel médical, infirmiers, malades. Elle ne constitue pas évidemment une solution de facilité comme la simple surveillance des enfants dans les sections. Le placement des arriérés auprès des malades les plus qualifiés pour les aider, la recherche de maîtres d'école qui soient aussi stables que possible dans leurs fonctions, les conflits qui surviennent entre arriérés, infirmiers, « éducateurs », posent journellement toutes sortes de problèmes.

C'est ainsi que dans une première période, on observe manifestement une perturbation du service. Le personnel infirmier — surtout les hommes — se plaint que les enfants sont plus indisciplinés qu'avant, qu'ils sont plus turbulents parce qu'ils se sentent plus soutenus. Pour aller à l'école, il font du chantage. D'autre part, certains s'attachent à leur maîtresse et leur possessivité devient démesurée. La moindre faveur de celle-ci vis-à-vis de l'un d'entre eux, déclenche la jalousie des autres.

Suzanne B... bat ses compagnes quand elle n'est pas embrassée la première.

Françoise B..., déclare à sa maîtresse : « Je ne veux que tu sois un peu les autres et beaucoup moi. Viens m'embrasser ce soir, comme ça tu seras pour moi toute seule ».

Jacques L..., qui veut être le préféré devient violemment agressif et clastique quand il apprend que sa maîtresse a emmené en ville Jacques P... Ce n'est qu'après lui avoir expliqué longuement que son tour viendra bientôt qu'il se calme.

Le personnel infirmier pense qu'il serait plus raisonnable d'éviter toutes ces allées et venues entre l'école et les sections et aussi toutes ces réactions intempestives qui sont autant de complications gênant la bonne marche des services.

Au début, alors qu'ils sont isolés dans le cercle sanction-révolte, l'intérêt qui leur est témoigné par les adultes est ressenti, comme un moyen de « rompre une situation de dépendance » vis-à-vis des surveillants, de prendre une revanche sur eux. Puis au fur et à mesure qu'on les occupe davantage ces bouffées d'agressivité et d'opposition diminuent. On arrive à leur faire comprendre que leurs maîtres d'école seront d'autant plus contents qu'eux-mêmes seront plus sages à la section. Rester tranquille dans le service devient un moyen d'attirer l'attention du maître, de lui exprimer sa reconnaissance. En fait, cette attitude est beaucoup plus intéressée qu'altruiste mais le résultat pratique est qu'elle entraîne une diminution notable de l'agressivité.

Souvent, nous les avons entendus discuter entre eux juste avant de commettre un méfait : « Si on le fait, Jacqueline (la maîtresse) ne sera pas contente... elle ne voudra plus s'occuper de nous ». Ce vague sentiment de culpabilité n'empêche pas toujours le déclenchement de l'acte d'agressivité, mais celui-ci est alors souvent suivi d'une réparation, d'un mot d'excuse naïf, d'une promesse spontanée de ne plus recommencer.

Alors que ses relations avec l'infirmier sont essentiellement conditionnées par la crainte de la sanction, avec la maîtresse ou la mère de remplacement on voit apparaître une ébauche d'identification. On a dit que le débile n'était pas capable de prévoir les réactions d'autrui. Il nous a semblé que cette capacité est largement dépendante du climat affectif dans lequel il vit. Quand il se sent aimé, aidé, protégé, quand on a réussi à créer « l'euphorie par l'ambiance de vigilance attentive, de réconfort, de sécurité, telle que l'enfant y puisse obtenir de petits succès répétés qui enrichissent le moi » (PREAUT), on le voit alors fréquemment renoncer à ses désirs immédiats pour ne pas que sa maîtresse soit peinée.

Ainsi, en s'attachant à des adultes, certains de nos oligophrènes ont une représentation plus valable d'une société avec ses exigences et ses limitations.

L'instauration de relations familiales de remplacement stimule au contraire les apathiques, les passifs. Ces enfants deviennent plus vivants, plus éveillés, moins renfermés. Petit à petit on voit s'extérioriser leur besoin d'affection, leur désir de se rendre utile. Leur intérêt vis-à-vis du monde ambiant va aussi en s'acroissant. Sans doute, la vie émotionnelle et affective des oligophrènes est-elle pauvre en général. Le dynamisme vital est souvent bas (EARL), leur « seuil de frustration » élevé (CARLO DE SANCTIS). Cependant l'accumulation des frustrations d'abord familiales puis asilaires est telle, qu'elle est génératrice de troubles affectifs qui se surajoutent à ceux déjà inscrits dans le biotype.

C'est donc beaucoup plus sur les déviations affectives que sur le niveau intellectuel qu'il est possible d'agir. La régression des troubles caractériels a été particulièrement nette chez une jeune épileptique et chez trois garçons.

Rolande D..., la première, n'avait pu être gardée dans l'hospice où elle était placée, à cause de son insociabilité. Au début de son internement elle était effectivement revendicatrice, vaniteuse, protestataire, en conflit permanent avec les autres malades.

Actuellement, elle est beaucoup plus docile, s'entend mieux avec ses compagnes et travaille régulièrement à la lingerie. Agée de quinze ans, son niveau intellectuel est relativement satisfaisant (Q.I. 75). Un nouvel essai de placement va être tenté.

Les trois garçons étaient des bagarreurs impénitents. Les infirmiers leurs confient maintenant des travaux alors qu'avant ils s'y opposaient quasi systématiquement. L'un d'eux doit être placée en ferme prochainement. L'action personnelle de son « éducatrice » à laquelle il était particulièrement attaché, nous paraît avoir joué un rôle déterminant dans l'amélioration de sa sociabilité.

D'une façon générale, les contacts sociaux sont meilleurs. Les manifestations d'opposition se sont espacées. Quand elles persistent, elles affectent un caractère moins explosif, moins clastique. L'obéissance est obtenue plus facilement. L'acquisition d'habitudes de politesse est également un indice de l'amélioration de leur sociabilité.

Il nous a semblé aussi que les enfants se sentaient plus solidaires les uns des autres. Les échanges d'objets, par exemple sont plus fréquents. Comme on l'a noté chez les enfants normaux certains lient entre eux des amitiés plus durables qu'on ne pourrait le penser de prime abord.

Au point de vue des *troubles moteurs*, des améliorations notables ont été enregistrées. Nos oligophrènes entraînés à des gestes automatiques sont moins maladroits pour les actes élémentaires. La coordination des mouvements est meilleure, les syncinésies sont parfois rompues. Surtout la turbulence de certains a pu être orientée vers des activités plus efficaces.

Citons le cas de Léone B... A son entrée, âgée de six ans, elle ne marche pas, présente un syndrome de débilité motrice grave avec troubles cérébelleux associés (arriération motrice d'environ cinq ans, au test d'OZERETZKI). Actuellement, elle marche difficilement mais seule et elle est capable d'enfiler des perles, de visser un écrou, etc.

L'énurésie constatée à l'entrée disparaît souvent peu de temps après l'internement sans qu'il soit possible de toujours attribuer cette amélioration à la rééducation. L'énurésie et l'arriération — à moins qu'elle ne soit profonde, — ne sont pas étroitement associées (18 % seulement d'association dans la statistique de Mme LOOSLI-USTERRI). Signalons que tel oligophrène d'abord énurétique, puis propre, redevient sale si des circonstances extérieures le séparent de sa mère de remplacement. Souvent aussi, il est manifeste que l'enfant s'impose une restriction sous l'influence de la mère fictive. Tel est le cas de Michel D..., très attaché à son « éducatrice » Blandise D... Il est fier de lui annoncer ses progrès dans ce domaine. A. FREUD et BURLINGHAM ont rapporté que des enfants pro-

pres redeviennent incontinents si on les sépare de leur mère-nurse. Ceci est valable aussi chez certains de nos oligophrènes.

Au point de vue scolaire, ils ont appris des notions élémentaires susceptibles d'être utilisées tous les jours : connaître la valeur des pièces de monnaie, des billets, savoir lire l'heure, distinguer les couleurs, connaître les jours de la semaine, les mois de l'année, etc.

Trois d'entre eux ont appris à lire et à écrire correctement. Presque tous ont gagné quelques mois supplémentaires par année chronologique. Pour les enfants internés, il y a plusieurs années, les gains sont surtout notables depuis qu'ils ont suivi régulièrement l'école (cas de Jack G... — obs. n° 13). Pour deux d'entre eux, le gain en âge mental correspond sensiblement à la durée de leur hospitalisation.

Plusieurs de nos oligophrènes ont pris conscience de ces modifications. Nous avons eu de multiples témoignages de leur reconnaissance. Quand la classe était arrêtée pendant quelques jours, ils nous demandaient avec inquiétude si elle allait reprendre. Leurs maîtres reçoivent fréquemment de petits mots où ils expriment naïvement leurs remerciements et leur désir de rendre service à leur tour. Ils reçoivent également des cadeaux souvent hétéroclites (un morceau de fromage, une part de gâteau dont l'enfant s'est privé, un couteau, etc.).

Nous voudrions enfin insister sur l'importance des facteurs temps et ténacité dans cette assistance aux oligophrènes. Les exemples de ITARD et BOURNEVILLE sont restés célèbres. De nombreux pédagogues l'ont souligné; l'état d'esprit des éducateurs compte plus que les institutions, en matière de rééducation. Ce n'est qu'après de longs mois d'anicroches et de désagréments, qu'apparaissent les premiers résultats. Un exemple de ce facteur nous est donné actuellement par la famille d'un de nos camarades, interne à l'hôpital psychiatrique. Cette famille a pris à sa charge, à Paris, un débile âgé de vingt-deux ans (huit ans d'âge mental). Au début, il s'est énivré, a fait plusieurs fugues, s'opposait souvent aux ordres de ses maîtres. Progressivement tout est rentré dans l'ordre. Une attitude à la fois ferme et bienveillante a permis sa réadaptation à condition toutefois de le conseiller constamment.

Que deviendront ultérieurement ces enfants ? Dans quelle mesure certains de ces oligophrènes seront-ils récupérables socialement ?

Disons tout de suite que nous ne disposons pas d'un recul suffisant pour pouvoir apprécier d'une façon précise dans quelle mesure cette récupération est favorisée par l'amélioration de leur condition « asilaire ». L'expérience que nous avons tentée est partielle. Nos oligophrènes passent encore de trop longues heures dans des sections surpeuplées et inconfortables. C'est donc une solution provisoire de « pis-aller ». Les conditions ainsi réalisées sont encore loin de valoir celles d'un institut pédagogique bien organisé. Mais l'hôpital psychiatrique, pour certains de nos oligophrènes, n'est qu'un lieu de passage, avant le placement dans une maison de rééducation. Dans ces cas, l'assistance active permet de ne pas les perdre de vue, comme cela arrive plus facilement si on se borne purement et simplement à la garderie. Parfois même, l'école permet d'objectiver des progrès rapides : l'enfant n'était pas un véritable arriéré. Laissé à l'abandon, dans sa section, il est évident que ses possibilités auraient demandé davantage de temps pour se manifester. On arrive donc ainsi à corriger une erreur de diagnostic — dans des cas rares il est vrai — mais aussi à gagner du temps, en vue d'un placement éventuel à l'extérieur ou dans un institut médico-pédagogique.

Diverses statistiques sur l'avenir des débiles mentaux nous paraissent devoir être mentionnées. BALLER, en 1936, a examiné neuf ans après leur sortie d'une école non spécialisée, 206 faibles d'esprit, en vue de déterminer dans quelle mesure ils se sont pliés aux exigences sociales. Il souligne le fait que leur adaptation s'est faite d'une manière que l'on n'aurait pas espérée d'après le pronostic porté au cours de leur enfance. 39 % exercent une profession simple avec un succès satisfaisant. 83 % gagnent leur vie, mais changent souvent de place. 60 % des femmes se sont mariées avant vingt ans : leur adaptation est fonction de leur initiation préalable aux travaux domestiques. Cependant, ces faibles d'esprit ont commis trois à sept fois plus d'infractions aux lois que le groupe normal de contrôle.

— En Suisse, KOLLER recensant au cours de trois enquêtes les débiles mentaux d'un canton, à quinze ans d'intervalle, constate que sur 152 garçons et 100 filles oligophrènes, 25 % des garçons et 15 % des filles se sont améliorés de telle façon qu'on ne peut plus les considérer comme anormaux. Il envisage la possibilité d'un développement tardif.

VIE a également rapporté, dans les colonies familiales, des améliorations survenant entre quinze et vingt-cinq ans chez les débiles mentaux. Cependant ces progrès, intéressants en soi, paraissent assez limités à la lecture des observations. Le même auteur a rapporté le cas de grands arriérés considérés comme inéducables à Vaclure et à Bicêtre et qui, au contact de leurs nourriciers, se sont montrés dociles et adaptables à la colonie.

— En Hongrie, sur 12.000 oligophrènes, 60 à 80 % ont pu être utilisés, avant la guerre, dans l'agriculture (RABOSKY-REVECZ).

— En Hollande, selon VAN WOORTHUYSEN, c'est le préposé à « l'after-care » qui place les débiles mentaux en usine et qui les surveille. 30 % se tirent d'affaires seuls, 50 % exécutent un travail simple sous la surveillance du préposé, 20 % sont placés en hospice ou dans leur famille.

— En Suisse, 85 % des arriérés sont réadaptés (BOLLI).

Ces quelques chiffres inclinent plutôt à l'optimisme. Les idiots et les imbéciles exceptés (Q.I. inférieurs à 50), presque tous les auteurs (TREGOLD, WESCHSLER, DOLL, etc.) s'accordent pour dire que la corrélation entre le niveau intellectuel du débile et son adaptation sociale est faible. C'est dire toute l'importance des facteurs affectifs. BELEY a bien mis en évidence la différence capitale existant entre le « débile intellectuel » à Q.I. bas, mais qui décide et agit toujours dans le bon sens, et le « débile mental » dont le Q.I. est relativement satisfaisant, mais qui agit toujours à contre-sens. Chez ce dernier, il y a « déficit de la mentalité », de « l'ensemble de la personnalité ». Ses troubles affectifs en font un véritable « infirme du sens social ». WECHSLER a souligné aussi le fait qu'il existe des individus dont le Q.I. est inférieur à 60 et dont « toute l'histoire est celle d'un sujet non débile » et « des individus

dont le Q.I. est au-dessus de 70 et dont le comportement est manifestement un comportement de débile ».

Nous espérons, dans cet ordre de faits, que la réadaptation de nos oligophrènes dont le Q.I. est compris entre 50 et 70, sera facilitée par la régression de leurs troubles affectifs.

L'étude clinique de leur comportement avant et au cours de leur internement, constitue l'examen essentiel pour peser les chances de récupération. Toutefois, le « Thematic aperception test » peut donner des indices utiles : l'enfant s'y manifeste comme « bien » ou « mal » adapté. De même, les tests de performance apportent des renseignements intéressants. En général, nos débiles les réussissent mieux que les tests d'intelligence. C'est ainsi que trois de nos débiles, de Q.I. compris entre 50 et 60, arrivent à exécuter correctement les planches adultes des labyrinthes de PORTEUS. C'est la connaissance parfaite des caractéristiques psychologiques, professionnelles et sociales des oligophrènes en âge de travailler qui orientera le placement dans la bonne direction.

La gamme des métiers convenant à ces oligophrènes est évidemment restreinte. Il s'agit surtout de métiers demandant des gestes automatisés. LE MOAL, DOUSSINET en ont dressé la liste : vannerie, broserie, manutention, manœuvres, etc.

L'argumentation de PRÉAUT, de LE GUILLANT, contre l'orientation traditionnelle et systématique des arriérés vers la campagne, nous paraît particulièrement intéressante. Le travail à la campagne a un caractère artisanal et les tâches d'un simple garçon de ferme sont trop complexes pour un débile, d'autant que la plupart du temps ceux-ci travaillent isolément. Tout le monde connaît des enfants de paysans dont le niveau intellectuel est bas et qui, cependant, participent avec efficacité aux travaux ruraux. Mais dans ces cas, il s'agit d'automatismes acquis progressivement depuis les premières années de l'enfance. La situation de ces débiles ruraux qui passent toute leur vie à la campagne est totalement différente de celle du débile placé pour la première fois dans une ferme.

Il doit être possible d'intégrer certains oligophrènes dans des chaînes de travail en usine, comme cela a été fait avec

succès pour les déficients sensoriels ou physiques. Une atmosphère de semi-liberté, sous l'influence d'un intendant ou d'une assistante sociale, un salaire correspondant au travail effectué (« signe de réussite », suivant l'expression de PRÉAUT), faciliteraient la réussite de ces expériences.

C'est souvent parce que les familles redoutent d'avoir l'enfant à leur charge, qu'elles en viennent à le placer à l'asile. Une pension d'invalidité pourrait, comme le suggère LE GUILANT, éviter un placement plus onéreux à l'hôpital psychiatrique. D'autre part, il ne faut pas surévaluer les possibilités d'actes anti-sociaux chez ces oligophrènes après leur sortie. L'assistance post-hospitalière est capitale évidemment dans ce domaine.

D'une façon générale, nous avons été frappé par le fait suivant : si les facteurs biologiques sont primordiaux chez nos oligophrènes, leur « plasticité », sous l'influence d'une socialisation meilleure est telle que l'écart entre le donné héréditaire et une adaptation sociale normale diminue progressivement.

C'est cette notion qui nous conduira maintenant à étudier comment les conditions sociales particulières dans lesquelles vivent certains enfants — enfants assistés, enfants adoptés, jumeaux, etc. — interviennent pour donner aux facteurs biologiques leur expression définitive.

Considérations sur l'importance comparée de l'hérédité et du milieu sur le développement somato-psychique de l'enfant et en particulier chez les oligophrènes

Un des problèmes qui se pose constamment à l'esprit tant par son importance doctrinale que par ses répercussions cliniques, psychologiques et sociales, est celui du rôle respectif des facteurs génétiques et des facteurs des milieux (milieux pré et post-natal).

Une somme considérable de travaux a été consacrée à ce problème depuis le début du siècle. Nous essaierons de voir, à la lumière de quelques études récentes, quelles ont été les précisions apportées à ce problème et plus particulièrement à la génétique de l'oligophrénie.

INFLUENCE DU MILIEU

L'importance capitale de « la présence quasi ininterrompue d'adultes autour du nourrisson » a été soulignée par DUCHÊNE après bien d'autres auteurs. Il a également montré combien serait précieuse une observation rigoureusement scientifique d'enfant sauvage, car les observations de cas semblables rapportées jusqu'à présent sont par trop romancées et discutables. Cette influence primordiale de la famille a été remarquablement mise en évidence par LAGAN, dans le paragraphe suivant :

« Entre tous les groupes humains, la famille joue un rôle primordial dans la transmission de la culture. Si les traditions spirituelles, la garde des rites et des coutumes, la conservation des techniques et du patrimoine lui sont disputées par d'autres groupes sociaux, la famille prévaut dans la première éducation, la répression des instincts, l'acquisition de la langue nommée justement maternelle.

Par là, elle préside aux processus fondamentaux du développement psychique, à cette organisation des émotions selon des types conditionnés par l'ambiance qui est à la base des sentiments selon SHAND; plus largement elle transmet des structures de comportement et de représentation dont le jeu déborde les limites de la conscience.

Elle établit ainsi entre les générations une continuité psychique dont la causalité est l'ordre mental. Cette continuité, si elle révèle l'artifice de ses fondements dans les concepts mêmes qui définissent l'unité de lignée depuis le totem jusqu'au nom patronymique, ne se manifeste pas moins par la transmission à la descendance de dispositions psychiques qui confinent à l'inné. CONN a créé pour ces effets le terme d'hérédité sociale. Ce terme, assez impropre en son ambiguïté, a le mérite de signaler combien il est difficile aux psychologues de ne pas majorer l'importance du biologique dans les faits dits d'hérédité psychologique. »

D. BURLINGHAM et A. FREUD, comparant le développement d'enfants en nursery et au foyer familial, ont fait les constatations suivantes :

— De la naissance à cinq mois, les conditions hygiéniques étant meilleures en nursery, le développement y est plus satisfaisant.

— Après cinq mois, les faits tournent au désavantage de la nursery, la perte en « satisfaction affective » l'emporte sur le gain en soins corporels des premiers mois. Les réactions sociales sont meilleures au foyer : le nourrisson imite plus facilement et ses jeux sont plus animés.

— De la deuxième à la troisième année, si la prise de la nourriture, le contrôle musculaire sont meilleures en nursery, par contre, l'acquisition d'habitude de propreté et surtout de développement du langage sont nettement supérieurs au foyer familial. Le vocabulaire acquis en deux semaines au contact des parents demanderait trois mois en nursery et inversement

la séparation de la mère entraîne une régression rapide du langage.

Néanmoins, ces différences diminuent deux ans plus tard. Cette arriération relative des enfants de la nursery serait liée à l'insatisfaction des besoins émotionnels en l'absence de la mère.

SPITZ a rapporté des faits analogues à propos de l'importance de la relation mère-enfant. Il a comparé le développement de deux groupes d'enfants très différents quant à leur origine et à leur mode de vie.

— Un premier groupe est constitué par des enfants de filles-mères délinquantes dont certaines étaient névropathes et même psychopathes et qu'on obligeait à s'occuper de leurs enfants.

— Le second groupe comprenait des enfants issus de classes moyennes aisées, mais séparés de leur mère et n'ayant qu'un minimum de contact avec les infirmières, et par conséquent privés de relations affectives.

Or le développement physique, psychique et social s'effectue en faveur du premier groupe, bien qu'à première vue celui-ci soit défavorisé au départ.

D'autre part, SPITZ semble expliquer le retard de développement des enfants d'un orphelinat uniquement par la privation des soins maternels. L'absence de la mère prédisposerait aux maladies. Toutefois, comme le remarque GUIRAUD, la morbidité élevée de cet orphelinat peut constituer en elle-même un facteur important de cet arrêt du développement.

Mme ROUDINESCO, étudiant un groupe *d'enfants assistés* de un à trois ans et privés de leur mère, a, elle aussi, démontré que « le choc hospitalier » était souvent préjudiciable au langage et aux réactions sociales. L'enfant élevé en crèche, même s'il est choyé par une infirmière, « n'est jamais seul avec la personne qu'il aime ». Cette expérience est intéressante par les résultats obtenus après dix-huit mois d'efforts, grâce à une meilleure adaptation du personnel à sa tâche et aussi grâce au fait que les enfants ont été pris en séances individuelles fré-

quentes pendant des semaines et des mois. Les résultats ont été spectaculaires en ce qui concerne l'adaptivité, la motricité et le comportement social; inégaux et parfois décevants pour le langage.

L'apathie, l'inertie des *orphelins* et *des enfants abandonnés* ont été maintes fois soulignées de même que leur retard intellectuel (VAN DER SPOEL, LEBOVICI, GRISSEY, etc.). Mais l'étude de SKEELS et DYE montre qu'il est possible de remédier en partie à cet état de fait. Ces auteurs ont choisi des petites filles d'un orphelinat (Q.I. moyen 64) et les ont placées dans une école pour déficientes. Elles furent confiées à des jeunes filles — de Q.I. égal mais d'âge mental supérieur compris entre cinq et douze ans — qui s'occupèrent parfaitement de petites filles de sorte que celles-ci se développèrent de façon satisfaisantes, certaines atteignirent même un Q.I. égal à la moyenne. On voit là tout l'intérêt du contact permanent des enfants avec des adultes.

MATROU, BAPT, DELATRE ont comparé l'intelligence et l'instruction des *pupilles de l'A. P.* et des enfants normaux de trois départements français : 35 à 43 % des pupilles ont un niveau intellectuel inférieur à la moyenne contre 17 à 23 % pour les autres. Les chiffres correspondants pour l'instruction sont 38 à 53 % pour les pupilles, 23 à 29 % pour les enfants des écoles. Le nombre des retardés chez les pupilles est donc sensiblement le double de celui des autres enfants. Tous les maîtres d'école s'accordent à invoquer l'hérédité comme cause majeure de ce retard.

HAFFTER a étudié 210 enfants issus de 100 ménages *divorcés*. Nous relevons le chiffre important de 29 arriérés, soit 1/7^e, le double de la proportion classique. Considérant le développement de l'enfant avant et après le divorce, il constate l'évolution défavorable fréquente après celui-ci : 48 % ont eu un développement perturbé, ou aggravé s'il était déjà anormal. Mais il faut justement remarquer que près de la moitié de ces enfants présentaient déjà un développement peu satisfaisant. En outre, — comme le montre Henri EY dans son analyse de cet ouvrage — on peut se demander en quoi ces troubles de la conduite, ces fugues, ces actes d'indiscipline qui apparais-

sent comme des réactions transitoires à un conflit, sont-ils pathologiques. Aussi HAFTER, tout en reconnaissant l'importance de la solidité du milieu familial sur la personnalité de l'enfant, tient-il compte dans une large mesure des facteurs constitutionnels. Il ajoute même que chez les enfants névrosés avant le divorce, les troubles psychiques des parents jouent probablement un rôle supérieur à celui du conflit familial. Son travail est une nouvelle preuve de la difficulté de dissocier le fait héréditaire de sa surcharge sociale.

L'école, selon LAHY, prolonge cette influence du milieu familial. C'est elle qui transmet les notions du passé, développe « les techniques de la pensée, réalise un véritable dressage social » pouvant transformer la valeur intellectuelle du sujet.

Le travail en équipe des ethnologues, psychiâtres, psychologues, sociologues américains, a apporté aux débats une masse de faits qui, s'ils sont loin d'être tous convaincants, sont cependant intéressants par l'ampleur des problèmes qu'ils soulèvent et par les investigations ultérieures qu'ils nécessitent. C'est ainsi que M. MEAD a montré comment les expériences infantiles varient profondément d'une société à l'autre. Les enfants manus, de six à douze ans, n'ont aucune tendance à l'animisme. Au contraire des adultes de ces peuplades, ils n'invoquent jamais d'explications surnaturelles. Selon MEAD, cela viendrait du fait qu'ils sont exclusivement dressés à l'action et que leurs parents ne leur communiquent pas leurs conceptions mystiques. Elle en déduit que l'attitude mécaniciste ou mystique n'est pas conditionnée par un développement incomplet mais par l'éducation.

MALINOWSKI a démontré l'inexistence de complexe d'ŒDIPÉ chez les populations de certaines îles de la Mélanésie. De même, une équipe dirigée par l'ethnologue Cora DUBOIS dans les îles d'Alor, utilisant différentes techniques et recoupant les résultats de ces techniques, prétend avoir obtenu des résultats concordants tel que l'absence de super-ego chez les Alorésiens, du fait que les enfants sont abandonnés par leur mère occupée au dehors par les travaux agricoles et qu'il n'existe pas de système de punition ni de récompense. Dans le même ordre

d'idée, DOLLARD, étudiant dans certaines civilisations l'importance des expériences frustratrices dans la genèse de l'agressivité, en arrive à conclure que l'agressivité n'a rien d'inné — au sens freudien du terme — et qu'il s'agit avant tout d'un fait social. Ces travaux vérifieraient les conceptions de KARDINER, à savoir que les individus sont formés d'une façon propre à chaque civilisation, par le milieu et plus spécialement par le milieu familial. « Il n'y a de complexes universels que dans la mesure où les civilisations ont en commun certaines institutions. »

Comme pour WATSON, ces travaux laissent entendre que l'homme est construit et non pas seulement né (*built not born*). Pour reprendre l'expression de PÉLAGE, analysant les conceptions de KARDINER, « la masse protoplasmique de l'œuf est peut-être déterminée dans sa structure mais le conditionnement en fait ce qu'il veut. »

Revenons à des faits moins généraux. Dès 1911, la question de l'influence du milieu sur le niveau intellectuel était posée par MORLE, BINET, puis par BURT. SUTTER a analysé et critiqué remarquablement l'ensemble des travaux qui ont été publiés depuis cette date. Les résultats sont concordants dans tous les pays (WEINTROB aux U.S.A., HOFFMANN en Allemagne, ROBERTS en Angleterre, WALLON en France). La corrélation entre le Q.I. des enfants et le niveau social des parents est frappante. Les Q.I. vont décroissants des professions libres aux manœuvres et ouvriers agricoles en passant par les fonctionnaires et les commerçants. Les résultats fournis par les enfants des villes sont supérieurs à ceux des enfants des campagnes. Les plus bas correspondent aux bourgs de moins de deux mille habitants; les plus élevés aux villes de plus de 100.000 habitants (enquête de l'Institut national d'études démographiques utilisant le test collectif de GILLE). Cependant, comme on l'a souligné, outre la possibilité d'une sélection des plus douées par la ville, les tests sont en général mal adaptés aux ruraux. Surtout fait, sur lequel on a peut-être pas suffisamment insisté, ce sont les instituteurs les plus qualifiés qui exercent dans les villes (MACMEEKEN, SUTTER).

Les Q.I. sont inversement proportionnels à la dimension de la famille. Toutefois, les déficients mentaux issus des grandes familles se réadapteraient plus facilement à leur milieu social.

DELVAUX, en Belgique, utilisant le Terman (révision STANFORD), trouve 10 points de différence entre les Q.I. des élèves des classes sociales inférieures et celui des classes moyennes et 23 points entre les premières et celui des classes sociales supérieures. Selon BURKE, 70 % des enfants ont un Q.I. qui ne s'écarte que de 6 à 9 points de celui qu'ils auraient eu dans des conditions normales.

L'influence du milieu le meilleur pourrait atteindre 20 points. Inversement, le milieu le plus mauvais ne peut abaisser le Q.I. de plus de 20 points, mais ces situations extrêmes ne se rencontreraient qu'une à deux fois sur 1.000 familles américaines.

Chez les enfants adoptés, l'amélioration du milieu entraîne un gain de 5 à 10 points, mais ces résultats sont critiquables. Parmi les facteurs qui contribuent à former le milieu, le facteur culturel paraît plus important que le facteur économique (SUTTER).

Les résultats les plus suggestifs sont ceux fournis par l'étude des *jumeaux identiques*. Chez les jumeaux élevés ensemble, la différence moyenne habituelle est de 3 points. Chez les jumeaux séparés précocement, elle est de 6 points (WOODWORTH). Dans 6 paires — sur un matériel de 30 paires — elle atteint 13 points. Dans un cas, elle atteint le maximum de 20 points. Les différences, là encore, sont en faveur du milieu urbain. Tous ces chiffres montrent donc que l'influence du milieu sur l'intelligence mesurée est relativement faible.

Les facteurs *génétiques*, comme nous allons le voir, sont prépondérants en ce qui concerne la valeur de l'intelligence mesurée et l'étiologie des oligophrénies. Selon BURKE, l'influence du milieu sur le Q.I. serait de 17 % et l'influence de l'hérédité de 75 à 80 %. Pour OUTHIT, la corrélation entre l'intelligence moyenne des parents et celle de leurs enfants est égale à $+ 0,802$ à $\pm 0,003$. Nous verrons plus loin que pour ROBERTS, la part génétique de l'intelligence mesurée est com-

prise entre 1/2 et 3/4. Les pourcentages relatifs à l'importance des facteurs exogènes dans l'oligophrénie varient dans une certaine mesure suivant les auteurs : FREDE, 4 % ; GEYER, 9 % ; BRUGGER, 13 % ; LOKAY, 30 % ; BRUGGER conclut qu'en gros 85 % des arriérations sont endogènes et 15 % exogènes. DELGADO donne des chiffres analogues : les formes héréditaires de l'oligophrénie représentent 80 % des cas.

L'étude des *jumeaux* et celle des *consanguins* confirme cette importance du facteur génétique. JUDA montre que sur 60 cas de jumeaux uniovulaires, tous sont concordants, alors que sur 168 couples de jumeaux biovulaires, 45 seulement le sont.

Les pourcentages d'oligophrènes sont très différents dans les fratries de petits oligophrènes et les fratries de grands oligophrènes. WILDENKOW (1934) indique 54 % dans le premier, 26 % dans le second cas. PENROSE (1938), HALPERN (1945) donnent des résultats similaires. BRUGGER avait également prouvé antérieurement que le pourcentage des faibles d'esprit dans la parenté est d'autant plus fort qu'il s'agit d'oligophrénies moins profondes ce qui rejoint, comme le remarque Henri EY, les constatations faites par l'école clinique française, en particulier P. MARIE, sur l'importance des encéphalopathies infantiles dans la grande oligophrénie, la causalité exogène étant manifestement plus importante dans ce dernier cas que dans la petite oligophrénie.

LUXEMBERGER a montré que la probabilité pour des enfants de parents arriérés, d'être eux-mêmes oligophrènes, était de 58 %. Selon JUDA, si les deux parents sont arriérés, 61 % des enfants le sont également, 57 % selon JOTTEN. S'il s'agit d'un arriéré interné, le pourcentage des frères et sœurs débiles atteint 91 %.

Les enquêtes génétiques apportent d'autres résultats intéressants. C'est ainsi que le pourcentage des mères arriérées dans l'ascendance des oligophrènes est nettement plus élevé que celui du père. Selon BRUGGER, 32 % pour la mère, 21 % pour le père. Selon un rapport du « Comité of the Investigation for Sterilization » (1935), on compte 485 cas où le père est arriéré et 3.247 où c'est la mère. Ce fait accepté, les auteurs discutent de la possibilité d'une hérédité maternelle

(matroclinie) où le rôle du cytoplasme serait prédominant, ou plus simplement de conditions particulières à la jeune débile qui conduiraient celle-ci à procréer davantage.

En outre, la fréquence des troubles neurologiques et mentaux est plus élevée chez les oligophrènes que dans une population normale. T.-S. JOGREN trouve 5 % de psychoses chez les arriérés, PENROSE, 9 %, BRUGGER, 14 %. Pour LENNOX et COLLINS, il semble que les anomalies des ondes cérébrales augmentent avec la baisse de l'intelligence. Frazer ROBERTS souligne combien il est difficile de faire la part de la coïncidence et de la corrélation génétique dans ses associations.

L'ensemble des résultats de ces investigations a été remarquablement exposé et critiqué par Frazer ROBERTS dans son rapport « Génétique et l'Oligophrénie » au Congrès international de psychiatrie de 1950. Du point de vue génétique, ROBERTS constate qu'on s'accorde pour distinguer :

1° l'oligophrénie du premier degré, ou petite oligophrénie (ou encore déficients infra-culturels de LEWIS) : c'est-à-dire en gros un niveau intellectuel assez bas qui, combiné souvent à l'influence défavorable des conditions extérieures, rend l'adaptation sociale impossible ou difficile. Cette oligophrénie représente la limite inférieure de la courbe de variation continue de l'intelligence. Or c'est un système polygénique qui sous-tend la composant héréditaire de cette variation continue. La détermination polygénique de la composante génétique intervenant dans l'oligophrénie légère est démontrée d'une part par le caractère asymptotique de la courbe de GAUSS jusqu'au Q.I. 45-48 et, d'autre part, par les ressemblances entre consanguins chez les oligophrènes. ROBERTS souligne qu'il n'est plus possible de considérer ces polygènes comme une vue de l'esprit, leur réalité ayant été prouvée d'abord par les biométriciens puis par les cytologistes.

Il considère cependant qu'il faut tenir compte chez les jumeaux et les consanguins des similitudes des milieux prénatal et post-natal.

Selon lui, nul auteur digne de confiance n'a émis l'hypothèse que la part génétique de cette intelligence mesurée pouvait être plus des trois quarts et moins de la moitié;

2° L'oligophrénie du second degré ou grande oligophrénie (déficients pathologiques de LEWIS). Ce groupe est soumis à une causalité complexe mais dont la part génétique est beaucoup plus faible que pour l'oligophrénie du premier degré. Cependant, une proportion non négligeable d'arriérations graves est vraisemblablement due à des gènes récessifs, ceci étant prouvé par le taux élevé de consanguinité trouvé chez les parents (SJOGEN). Citons quelques exemples : l'idiotie amaurotique juvénile est liée à un gène récessif (SJOGEN), de même que l'oligophrénie phényl-pyruvique (JERVIS) et également les microcéphalies, le gargoylisme, le syndrome de LAURENCE-MOON dans lequel l'oligophrénie n'est cependant pas toujours constante. La sclérose tuberculeuse de BOURNEVILLE serait due à un gène dominant.

La génétique du mongolisme est peu claire comme le dit ROBERTS, mais il ajoute qu'on peut être certain que le fait qu'un enfant naisse mongoloïde dépend plus de facteurs génétiques que d'autres facteurs. Pour LAMY, deux facteurs interviennent : un facteur génotypique (le mongolisme frappe toujours simultanément les monozygotes mais pas obligatoirement les hétérozygotes), un facteur externe (trouble de la nidation). FANCONI admet une mutation. PENROSE suggère que la base génétique est peut-être une incompatibilité mère-enfant mais qui ne serait ni rhésus ni A.B.O. TURPIN invoque une détermination polymérique.

Le problème génétique de la grande oligophrénie reste très difficile. Il est lié à celui des malformations et des anomalies en général. Certains cas sont probablement à base génétique (gène dominant de faible pénétrance par exemple). ROBERTS ajoute : « Sans doute la grande cause des difformités congénitales vient du milieu pré-natal. » A ce sujet, l'étude de DELAY, PICHOT, SÉNÉCHAL sur les malformations oculaires associées à l'oligophrénie est particulièrement intéressante. Ces auteurs ont montré l'importance de l'examen ophtalmologique dans l'étude des oligophrénies (le globe oculaire et l'encéphale étant tous les deux des dérivés ectodermiques). Ils soulignent comment l'action des gènes ressemble à s'y méprendre à celle des causes exogènes (rayons X, rubéole, toxoplasmose, etc.).

L'association cataracte-déficience intellectuelle (star-oligophrénie) n'est pas due à une coïncidence fortuite. BRUGGER et SJOGREN ont prouvé qu'il s'agissait d'une entité clinique. C'est ainsi que BRUGGER montre, qu'en Suisse, cette association est d'une fréquence six à sept fois plus grande que le chiffre donné par le calcul des probabilités en admettant une liaison due au hasard. Il pense qu'on est là vraisemblablement en présence d'une affection à hérédité récessive monomérique liée au sexe (24 garçons pour 15 filles dans son matériel). D'autres auteurs ont suggéré une hérédité polymérique. Un gène unique à action pléiotropique peut toucher à la fois l'encéphale (oligophrénose) et l'œil (aniridie).

Naturellement, la distinction génétique entre grande oligophrénie et petite oligophrénie nécessite certaines corrections.

ROBERTS montre qu'il existe une certaine indifférenciation au niveau légèrement inférieur ou égal au Q.I. 50. Les influences qui déterminent l'oligophrénie du deuxième degré peuvent provoquer une simple débilité. TREGOLD a rapporté le cas d'un mongolien ouvrier agricole, FOLLING, celui d'une oligophrène phényl-pyruvique, tisseuse, capable de gagner sa vie. Mais ces cas restent rares à moins qu'on manque de données sur ce sujet.

En résumé, on peut conclure :

1° l'influence du milieu sur le quotient intellectuel est relativement étroite puisque dans les cas extrêmes, mais rares, elle atteint 20 points, c'est-à-dire l'écart entre la limite supérieure de la débilité et le niveau moyen. La différence de milieu ne joue que si elle s'exerce sur un sujet très jeune et pendant une longue période (SCHWESINGER) ;

2° Le milieu apparaît plus comme domaine d'extension des automatismes héréditaires que comme facteur vraiment créateur (SCHWESINGER). Il agit « beaucoup plus sur les attitudes sociales que sur la personnalité profonde ou le tempérament » (SUTTER) ;

3° schématiquement sept à huit fois sur dix, l'oligophrénie peut s'expliquer par des facteurs génétiques.

Conclusions

Nous avons essayé de montrer comment, grâce à certaines initiatives, il est possible d'améliorer l'assistance aux oligophrènes dans un hôpital psychiatrique ne disposant pas d'un institut médico-pédagogique.

En ce qui concerne les grands oligophrènes, la lutte contre le gâtisme et pour l'acquisition de la marche, si elle demande beaucoup d'efforts et de ténacité, est finalement payante et évite à ces arriérés de devenir des grabataires.

Nous avons surtout voulu lutter contre « l'isolement asilaire » des imbéciles et des débiles profonds. Ces enfants sont internés après avoir vécu leurs premières années dans des conditions familiales et sociales le plus souvent déplorables. Même si leur affectivité est pauvre, cette accumulation de frustrations est telle que, se surajoutant à une situation biologique déjà précaire, elle joue comme un nouveau facteur d'inadaptation. Si l'on n'y prend pas garde, la vie dans les sections surpeuplées et inconfortables de l'asile accentue cet « isolement affectif ». Elle précipite dans l'apathie et l'inertie les « types plats ». Elle entraîne une ambiance d'opposition permanente chez les arriérés caractériels.

Pour lutter contre ce « vide affectif », il nous paraît préférable de disperser les jeunes oligophrènes auprès des malades femmes les plus évoluées psychologiquement et socialement. Ainsi s'établissent des relations familiales de remplacement propres à stimuler les échanges émotionnels. Si les enfants avaient été groupés dans une section spéciale avec un personnel réduit, peu qualifié et instable, l'ambiance familiale souhaitée n'aurait pas été réalisée.

D'autre part, une école a été créée avec le concours de malades choisies d'après leur formation intellectuelle et leurs qualités maternelles. Son enseignement est essentiellement pratique. Ces éducatrices improvisées vivent en contact permanent avec nos oligophrènes. Comme les malades dont nous avons déjà parlé, elles jouent fréquemment le rôle de la mère et sont pleines de sollicitude pour leurs élèves.

Cette assistance permet outre l'acquisition de notions scolaires élémentaires, d'obtenir une diminution notable des troubles moteurs et la transformation de la condition sociale de ces enfants. Nos malades veillent à la tenue vestimentaire, à la propreté corporelle, à l'alimentation de leurs protégés. Elles organisent des promenades, des goûters, des jeux, etc. C'est surtout l'amélioration du comportement de certains adolescents qui nous paraît intéressante. Les manifestations d'opposition et de révolte entretenues par l'oisiveté, l'inconfort et le surpeuplement des sections s'espacent progressivement. En dehors des heures d'école, les oligophrènes, — dans la mesure de leurs moyens — sont dirigés vers les ateliers ou occupés à de menus travaux dans les services. En multipliant ainsi les activités, on arrive en partie à canaliser leur instabilité.

La simple garderie est une solution de facilité et de routine. Elle ne permet pas de mettre en valeur les possibilités de ces arriérés. Ces initiatives ont, par ailleurs, l'avantage d'améliorer les rapports entre les oligophrènes et le personnel infirmier. Après une période d'hostilité, celui-ci devient moins routinier et plus attentionné. A ce sujet, le personnel féminin est évidemment beaucoup plus apte psychologiquement à cette assistance. La plupart de nos infirmières, elles-mêmes mères de famille, comprennent la situation lamentable de ces enfants d'une façon beaucoup plus humaine que leurs collègues masculins.

Nous soulignons une nouvelle fois que cette assistance n'est valable que si la collaboration médecins, infirmières, malades est étroite. Elle nécessite la présence permanente de « responsables » veillant aux relations malades-enfants, au choix des éducatrices, au solutionnement des conflits qui surviennent sans cesse. Mais une fois passées les anicroches et les perturbations

du début, l'expérience se perfectionne d'elle-même avec le temps et grâce au concours de tous. Avec un minimum de frais on substitue ainsi à un climat d'hostilité et d'appréhension réciproques, un climat de confiance et d'émulation auquel nos arriérés ont été plus sensibles et reconnaissants, qu'il n'aurait été possible de le prévoir à priori.

Il va de soi qu'il s'agit là d'une solution provisoire de pis aller. Elle a le principal mérite de pallier dans une certaine mesure, les conditions d'assistance défavorables au départ. Elle permet de ne pas perdre de vue les arriérés dans la masse des autres malades et d'avoir une idée plus précise de leurs capacités psychologiques et sociales individuelles. En ce sens, elle fait gagner du temps en vue d'un placement familial ou dans un Institut médico-pédagogique. Cette connaissance de chaque cas particulier et la correction des déviations affectives entraîne une meilleure orientation du placement. Il est regrettable que pour les « sortants » la coordination entre l'hôpital psychiatrique et les services d'assistance extra-hospitaliers soit mauvaise. Trop souvent on ignore ce que deviennent ces enfants.

On peut être tenté dans un premier mouvement de croire que le destin de l'arriéré est définitivement fixé, de postuler qu'il n'a pas sa place dans une société organisée avant d'essayer de lui en trouver une. Or la création d'un milieu aussi normal que possible montre qu'on peut obtenir des « réveils » imprévisibles. On a l'habitude de dire que le débile est vaniteux, jaloux, suggestible, mais ces attitudes sont conditionnées en grande partie par le milieu ambiant. Par exemple cette suggestibilité considérée en général comme un défaut peut devenir un élément favorable si les influences sociales l'orientent dans une bonne direction.

Au fur et à mesure que la socialisation de notre groupe d'arriérés s'améliorait leur condition biologique apparaissait plus malléable. C'est ainsi que tel enfant gâteux, incapable de manger et de marcher seul — et qui sombrerait dans l'idiotie si on l'abandonnait — peut acquérir ces activités élémentaires grâce à la sollicitude du milieu ambiant et même arriver à passer dans le groupe des semi-perfectibles. Chez les enfants

internés il y a plusieurs années, les progrès sont surtout nets depuis deux ans, c'est-à-dire à partir du moment où l'on a substitué à la garderie une assistance plus active. Dans dix cas sur dix-sept le gain au point de vue âge mental est de 6 mois au moins, pour une année chronologique. Dans 3 cas il atteint sensiblement la durée de l'internement (observations n^{os} 1 - 3 - 6). Dans 2 cas, le Q.I. a été amélioré (de 60 à 70 pour Rolande D..., internée en 1946 — de 65 à 70 pour Serge L. interné en 1943).

Cette phrase de LE GUILLANT nous paraît bien résumer le problème : « Dans une conception dynamique de l'inadaptation, les tendances dyssociales d'un sujet si fortes soient-elles n'apparaissent que comme l'une des composantes d'une situation sans cesse mouvante d'un conflit où les conditions extérieures, notre propre attitude vis-à-vis de l'enfant, interviennent sans cesse. »

Nous avons ensuite tenté de montrer, à la lumière de quelques travaux récents, la prépondérance des facteurs génétiques en ce qui concerne l'étiologie de l'oligophrénie et l'intelligence mesurée par le quotient intellectuel. Jusqu'au quotient intellectuel 45 - 48, la part génétique est au moins comprise entre 1/2 et 3/4 (ROBERTS). Sept à huit fois sur dix l'oligophrénie légère est génétique. Pour la grande oligophrénie, la causalité exogène paraît nettement plus importante que pour la petite oligophrénie, bien que là encore, les facteurs génétiques suffisent à en expliquer de nombreuses formes.

L'influence du milieu sur le quotient intellectuel apparaît relativement faible, mais l'étude des enfants abandonnés, des orphelins, des enfants de ménage divorcés, des enfants adoptés, des pupilles de l'assistance publique montre toute son importance en ce qui concerne les *attitudes sociales*. Peut être serait-il intéressant pour préciser la part de l'hérédité et du milieu d'étudier les variations du niveau intellectuel et les modifications du comportement chez trois groupes d'oligophréniques : un premier groupe d'imbéciles et de débiles profonds internés à l'asile et simplement surveillés dans une section — un deuxième groupe assisté dans les conditions partiellement satisfaisantes que nous avons décrites — un troisième groupe

d'arriérés de même niveau mental, placés dans des conditions idéales d'assistance.

De nombreux auteurs ont constaté que la corrélation entre le niveau intellectuel et l'adaptation sociale est faible. Il y a dit WECHSLER des sujets de quotient intellectuel inférieur à 60 dont toute l'histoire est celle d'un sujet non débile. C'est justement en diminuant l'importance du « malheur vécu » par une assistance plus humaine qu'on parvient dans une certaine mesure à compenser les effets du « malheur inné ».

En imposant un nouveau rythme de vie à nos oligophrènes et en essayant de normaliser leurs échanges affectifs avec le monde ambiant, nous espérons avoir comblé en partie, l'écart entre leur niveau intellectuel très bas et une récupération sociale éventuelle.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
HEUYER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

Bibliographie

- ABRAMSON (J.). — Le niveau intellectuel et le raisonnement des instables. (*Ann. Médico-Psychol.*, juin 1937, t. II, 40-73.)
- Les aptitudes intellectuelles spéciales chez les instables. (*Ann. Médico-Psychol.*, novembre 1937, t. II, p. 603-631.)
- ALDRICH et DOLL. — Problems solving idiots. The use of implement. (*J. of Social Psychol.*, 1931, t. II, 3, 306-337.)
- ALEXANDER. — L'orientation professionnelle des débiles mentaux. (*Congrès des Méd. Aliénistes et Neurol. de Langue Française*, Bruxelles, 1924.)
- BALLER (W.-R.). — A study of the present social status of a group of adults who, when they were in elementary schools were classified as mentally deficient. (*Gen. Phys. Mon.*, XVIII, n° 3, 1936, 165-244.)
- BALLET (G.). — Débilité mentale et perversions instinctives. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1894, t. II, 442-450.)
- BELEY (A.). — A propos de la débilité mentale. (*Ann. Médico-Psychol.*, janvier 1939, I.)
- BENDA. — Etudes sur le mongolisme. (*Arch. of Neur. and Psych.*, 1939, XLI, 1 et 2.)
- BERGERON (M.). — Le développement moteur et la psycho-motricité chez l'enfant et l'adolescent. (*Sem. Hôp.*, Paris, 1950, n° 84, 4339-4344.)
- Les manifestations motrices spontanées chez l'enfant. Paris, Hermann éd., 1947, 1 vol.
- Remarques sur l'organisation de l'assistance aux enfants arriérés, retardés scolaires, difficiles et délinquants, dans le cadre départemental. (*Ann. Médico-Psychol.*, mai 1948, II, n° 5, 584-590.)

- Organisation médico-pédagogique annexée à un hôpital psychiatrique pour enfants arriérés et semi-perfectibles. (*Enfance*, 1948, I, p. 71-78.)
- BIET (H.). — Le rendement scolaire et social d'une école d'arriérés. (*Journal de Psychologie*, mars-avril 1937, 265-289.)
- BINET (A.). — Les enfants anormaux. Paris, Colin éd., 1907, 1 vol., 211 pages.
- Nouvelles recherches sur le niveau intellectuel chez les enfants d'école. (*Année Psychol.*, 1911, 17, 145-201.)
- BINET (A.) et SIMON (T.). — Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence. Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. Applications des méthodes nouvelles au diagnostic du niveau intellectuel chez les enfants anormaux d'hospice et des écoles primaires. (*A. Psychol.*, 1905, 2, 163-336.)
- L'intelligence des imbéciles. (*Année Psychol.*, 1905, 15, 1-147.)
- La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants. Paris, Soc. A. Binet éd., 1917.
- BLEULER (M.). — Les tests de projection en clinique psychiatrique. (*Congrès International de Psychiatrie*, Paris, Hermann éd., 1950, II, p. 1 à 47.)
- BLIN (M.). — Un imbécile calculeur. (*Soc. Clin. de Médecine Ment.*, 1910, III, 9-14.)
- BOLLI (H.). — L'éducation des débiles mentaux en Suisse. (*Sauvegarde*, 1947, 10, p. 25.)
- BONIS (L.). — Le développement de l'intelligence chez les arriérés. (*Thèse*, Paris, 1928, 70 p.)
- BONNAFOUS (Mme) et EY (Henri). — Les kinésies de jeu chez les idiots. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1938, n° 2.)
- BOREL-MAISONNY (Mme). — Tests relatifs aux tous débuts du langage. (*Bull. Soc. A. Binet*, 1947, 378, 82-105.)
- Les fautes d'orthographe. (*Bull. Soc. A. Binet* éd., Paris, 1942.)
- BOURNEVILLE. — Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. 1895.

— Traitement médico-pédagogique de l'idiotie. *Congrès de Bruxelles*, 1903, p. 273-283.)

BOURNEVILLE et BRISSAUD. — Contribution à l'étude de l'idiotie. (*Arch. de Neur.*, I, 1880-1881.)

BRANDER. — Sur le rôle de l'accouchement prématuré dans la genèse de certaines affections cérébrales, en particulier de certaines formes d'arriération intellectuelle. (*Act. Psychiatr. et Neur.*, Copenhague, 1937, XII, 3.)

BRUGGER. -- Héritéité de l'oligophrène. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1942, t. I, n° 5, 313-322.)

BURCKARDT. — Essai d'un examen de l'adresse manuelle chez les enfants arriérés. (*Journ. de Psychol. Infant. Suisse*, 1936, III, 3.)

BURLINGHAM (D.) et FREUD (A.). — Enfants sans famille. Paris, Presses Univers. de France, 1948, 1 vol., 128 pages.

CHABERT (J.). — Les démences infantiles. (*Thèse*, Paris, 1934.)

CLAPARÈDE. — L'illusion de poids chez les anormaux et le « signe de Demoor ». (*Arch. de Psychol.*, 1903.)

CLARK (R.-M.). — Mongolism. (*The Journal of Mental Science*, t. LXXIX, 325-328-335.)

COLLIN (A.). — L'enfance du débile intellectuel. (*Ann. Médico-Psych.*, 1919, t. I, n° 1, 81 à 95.)

— Les enfants nerveux. Paris, Baillière, 1924, 1 vol.

COMBY (J.). — Les encéphalites aiguës post-infectieuses de l'enfance. (*Bull. Méd.*, fév. 1939.)

Congrès (Premier) International de Psychiatrie Infantile. — Paris, 1937, 4 vol.

CORNIL et CORRIOL. — L'électro-encéphalogramme des enfants arriérés et caractériels. (*Semaine des Hôpitaux*, Paris, 1949, n° 65, 2735-2737.)

COTTE-ROUX, AUREILLE. — Utilisation du dessin comme test psychologique chez les enfants normaux. Marseille, Maupelet éd., 1947.

COUSINET. — Les premières manifestations de la vie sociale chez l'enfant. (*Journal de Psychol.*, 1940, n°s 9-12, p. 489-510.) -

- CROUZON. — Les encéphalopathies familiales. (*Congrès des Médecins Aliénistes et Neurol. de Langue Française*, 1925, Paris.)
- DEBRÉ (A.). — A propos de la syphilis congénitale. (*Semaine des Hôp.*, Paris, 1949, 9, 357-364.)
- DECROLY et BUYSE. — La pratique des tests mentaux. Paris, Alcan éd., 1 vol.
- DELAGE, LANCOME, CLANCIER, GRAVAT (Mme). — La rééducation des enfants arriérés. Les possibilités. (*Bull. Méd.*, 15 avril 1949.)
- DELAY (J.), PICHOT (P.), POLONOVSKI (M.), DESGREZ (P.) et DELBARRE (F.). — L'oligophrénie phénylpyruvique. (*Sem. Hôp.*, Paris, 1947, 1749-1758.)
- DELAY, PICHOT, SÉNÉCHAL. — Malformations oculaires et oligophrénies. (*Encéphale*, 1946-1947, XXXVI, n° 3, 65-77.)
- DELAY, SOULAIRAC, DESCLAUX. — Etude familiale du facteur Rhésus dans l'oligophrénie. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1948, t. II, n° 2, p. 165.)
- DELAY, PICHOT. — Les limites de l'oligophrénie mongolienne et le syndrome de Crookshank. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1947, t. I, n° 3, p. 309.)
- DELAY (J.). — Méthodes biologiques en clinique psychiatrique. Paris, Masson éd., 1950, 1 vol., 536 pages.
- DELGADO (H.). — Herancia de los desordones mentales. (*Anal de la Fac. de Ciencias Medica*, Lima, 1935, XVIII, p. 1 à 48.)
- DESCLAUX (P.), MORLON (Mlle). — Les psycho-embryopathies hydrocéphaliques. (*Sem. des Hôp.*, Paris, 1950, n° 71, 3719-3728.)
- La psycho-embryopathie rubéolique. (*Sem. Hôp.*, Paris, n° 71, 3729-3739.)
- Les psycho-embryopathies toxoplasmiques. (*Sem. des Hôp.*, Paris, 1950, n° 71, 3734-3740.)
- DESCLAUX, SOULAIRAC, BOYER (Mlle S.). — Etudes du Thematic Apperception Test (T.A.T.) chez les arriérés mentaux. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1950, II, n° 1, 83-85.)
- DIDE, VAN BOGAERT. — Sur l'idiotie amaurotique juvénile. (*Revue de Neur.*, 1938, n° 1, 1-42.)

Documents de l'Information Psychiatrique. — Le malade mental dans la société. Paris, Desclée-Brouwer éd., 1 et 2.

DOLL (E.-A.). — The feeble minded child, ch. XVII (p. 845-885), du *Manual child psychology* de Carmichael. New-York, Wiley, 1946, 1 vol., 1068 p.

— Idiot, imbecile and Moron. (*J. of Applic. Psychol.*, 1936, XX, n° 4, 427-437.)

DOUSSINET. — La récupération sociale et professionnelle des déficients sensoriels et des inadaptés psychiques. (*L'Hygiène Mentale*, 1950, n° 2.)

DUBITSCHER. — Der Schwachsinn. Leipzig, Georg Thieme, Verlag 1937, 1 vol., 358 p.

DUBLINEAU. — La notion de structure dans les troubles du caractère chez l'enfant. (*Evol. Psych.*, 1938, n° 3.)

— Réflexes conditionnés en psychiatrie infantile. (*Premier Congrès International de Psychiatrie Infantile*, Paris, 1937, I, 17-53.)

DUCHÊNE. — La véritable histoire de Mowgli : problèmes soulevés par les enfants sauvages. (*Sauvegarde*, 1950, n° 5, 349-364.)

— De la dégénérescence à la génétique. Essai sur l'évolution des conceptions de l'hérédité en psychiatrie. (*Conférence inédite*, 1950.)

EARL (C.-J.-C.). — The human figure drawings of adult defectives. (*The Journ. of Mental Science*, 1933, LXXIX, 305-325.)

— The affective instinctive psychology of imbecile children. (*Brit. Journ. of Med. Psychol.*, 1936, XV, 266-279.)

— La déficience intellectuelle comme facteur de délinquance juvénile. (*Premier Congrès International de Psych. Infant.*, Paris, 1937, 3, 147-159.)

EY (Henri). — Etudes psychiatriques, t. II, étude n° 13.

— Perversités et perversions, 233-340. Paris, Desclée de Brouwer éd., 1950, 1 vol., 546 p.

— Les états d'arriérations. (*Conférence inédite*, 1949.)

— Hérédo-psychiatrie. (*Conférence inédite*, 1950.)

FOLLY. — De l'utilisation des débiles mentaux dans l'armée en temps de paix et à la mobilisation. (*Congrès des Méd. Alién. et Neur. de Langue Française*, Blois, 1927.)

- FONTES. — Interprétation psychologique du dessin antropomorphique infantile spécialement observé chez les oligophrènes. (*Sauvegarde*, 1950, 6, 403-435.)
- FOUCAULT. — Les acuités sensorielles des enfants arriérés ou retardés. (*Journ. de Psychol.*, janvier-mars 1924, 219-235.)
- FRAISSE, PICHOT, CLAIROUIN. — Aptitudes rythmiques. Etude comparée des oligophrènes et des enfants normaux. (*Journ. de Psychol.*, 1949, n° 3, 309-330.)
- FRETET, ROUGEAN. — Pathomimie chez un débile vaniteux. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1937, t. I, 575.)
- GÉRARD, LEFEBVRE et MERKLEN (Jean). — La place de la rubéole et des autres facteurs infectieux ou toxiques en cours de gestation dans la genèse des malformations et dystrophies congénitales. (*Sem. Hôp.*, Paris, 1948, 79, 2541-2546.)
- GESELL (A.) et ILG. — Le jeune enfant dans la civilisation moderne. Paris, Presses Univers. de France, 1949, 1 vol.
- GREFF (DE). — Essai sur la personnalité du débile mental. (*Journal de Psychol.*, mai 1927, 400-454.)
- Le débile mental. (*Journ. Belge de Neur. et Psychol.*, 1934, n° 9.)
- Le temps d'adaptation du débile mental à un milieu nouveau. Sa mesure, sa signification. (*Journée de Neurol. et de Psychiat.*, XXVI, 8, 476-488.)
- GOISE. — Traitement systématique de l'arriération mentale grave par l'encéphalographie : résultats de trois ans. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1949, II, n° 4, p. 439.)
- HAFFTER (C.). — Kinder ans Geschiendenin Ehen. Berne, Huber éd., 1948, 1 vol., 175 p.
- HAMILL (R.-C.). — Emotional factors in mental retardation. (*Arch. de Neur.*, XXXVI, p. 1049-1067, année 1936.)
- HEUYER (G.). — Troubles du caractère déterminés par l'encéphalite épidémique à l'âge scolaire. (*Société de Neur.-Psychopathol. Inf.*, mai 1939.)
- HEUYER (G.), LEOVICI, FELD. — Essais de leucotomie et de topectomie en psycho-chirurgie infantile. (*Congrès de Marseille*, 1948.)

- HEUYER, COURTIAL (Mlle), DUBLINEAU, NÉRON. — Tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1934, II, 2, 162-214.)
- HEUYER, DAUPHIN, LEOVICI. — Un débile calculeur de calendrier. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1946, II, 3, p. 131.)
- HEUYER (G.). — Enfants anormaux et délinquants juvéniles. (*Thèse*, Paris, 1914.)
- Délinquance et criminalité de l'enfance. (*Rapport au Congrès de Bruxelles*, 1935.)
- Une enquête sur l'avenir des troubles du caractère chez l'enfant. (*Bull. du Group. Etud. Psychol.*, 1950, n^{os} 1-2, 34-38.)
- HEUYER (G.), SERIN (Mlle), MORINSON (Mme) et BAILLE. — L'orientation professionnelle des jeunes délinquants. (*Hygiène mentale*, 1932, 27, n^o 2, 35-40.)
- HEUYER (G.), BAILL (E.). — Tests moteurs dans l'orientation professionnelle des anormaux de l'intelligence et du caractère. (*Ann. Méd.-Psychol.*, octobre 1932, II, 317-322.)
- HEUYER (G.) et KOPP (Mlle). — Considérations neuro-psychiatriques sur le bégaiement. (*Premier Congrès Intern. de Psych. Inf.*, Paris, 1937, 4, 104 p.)
- HEUYER (G.) et BADONNEL (Mlle). — L'hérédité des pervers instinctifs. (*Hygiène Mentale*, 1928, n^o 6, 125-138.)
- HOCHEIMER. — Zur phäno-analyse stationärer Schwasinniger. (*J. für Psych.*, 1936, XLVII, 3, 170-219 p.)
- International Congress of Mental Health.* — Proceedings of the International Conference on Child Psychiatry. London, 1948, t. II.
- JONKEERE (T.). — Psychologie des enfants arriérés. (*Arch. de Psychol.*, 1903.)
- JADOT, DECROLY. — Un aspect du traitement éducatif des anormaux. L'éducation intellectuelle des débiles mentaux. (*Premier Congrès Intern. de Psych. Inf.*, Paris, 1937, p. 36.)
- KARDINER. — The individual and his. Society New-York Columbia University Press, 1939, 1 vol.

- KATZ. — La réadaptation motrice et intellectuelle immédiate chez l'enfant. (*Journ. de Psychol.*, 1946, n° 1, 83-120.)
- KINSEY. — Le comportement sexuel de l'homme, p. 81-82-86-89.
- KOLLER (A.). — Les résultats principaux de trois enquêtes sur les anormaux dans le canton d'Appenzel. (*Arc. Suisse de Neur. et de Psychol.*, vol. XLIII, n° 45.)
- KRIESER (G.-L.). — Motor studies of the mentally deficient quantitative method at various level of integration. (*Proceedings of the 59^e Ann. Session of the Amer. Assoc. on Mental Deficiency*, april 1935.)
- LACAN. — (*Encyclopédie Française*, t. VIII, 8, 40-44.)
- LAFORA. — Etude psychologique d'un débile mental calculateur de calendrier. (*Encéphale*, 1935, 5, 309-337.)
- LAHY (J.-M.). — L'intelligence et les classes sociales. Essai d'une définition objective de l'intelligence. (*Journ. de Psychol.*, 1935, n° 7-8, 543-801.)
- LAMY (M.). — Applications de la génétique à la médecine. Paris, Doin éd., 1944, 1 vol.
- Maladies congénitales et maladies héréditaires. (*Semaine des Hôpitaux*, Paris, 1949, n° 55, 2339-2356.)
- LAUNAY (Cl.), BOREL-MAISONNY (Mme), DUCHÊNE (H.), DIATKINE (R.). — Troubles du langage chez l'enfant. (*Sem. des Hôp.*, Paris, 1949, n° 89, 3732-3738.)
- LEBOVICI. — Socialisation de l'enfant. (*Bull. du Gr. Etudes Psychol.*, 1950, n° 1-2, p. 39.)
- LE BEAU et PECKER (J.). — Etudes de certaines formes d'agitation au cours de l'épilepsie et de l'arriération mentale traitées par la topectomie péri-callosale bilatérale. (*Sem. des Hôp.*, Paris, 1950, n° 33, 1536-1550.)
- LE GUILLANT. — La législation de l'enfance inadaptée. (*Sauvegarde*, 1947, n° 7, p. 8-26.)
- Le problème de l'assistance à l'enfant. (*Sauvegarde*, juin-juillet 1947, n° 12-13, p. 62.)

- Une expérience de réadaptation sociale instituée par les événements de guerre. (*L'Hygiène Mentale*, 1946-1947, XXXVI, n° 6, 85-102.)
- LE MOAL. — Problèmes d'orientation chez les retardés scolaires et les déficients intellectuels. (*Sauvegarde*, 1948, n°s 25-26, p. 3.)
- LETAILLEUR. — Hérédo-syphilis et oligophrénie. (*Thèse*, Paris, 1939.)
- LEY. — L'arriération mentale. Bruxelles, 1904, 1 vol.
- LUXEMBURGER. — Arriération et hérédité de sexe. (*Zeit. f. Ges. Neur.*, 1932, 140-320-332.)
- MALE. — La formation du caractère chez l'enfant : la part de la structure et celle des événements. (*Evol. Psychiatrique*, 1938, n° 1, p. 32.)
- MARCHAND et DE AJURIAGUERRA. — Epilepsies. Paris, Desclée de Brouwer éd., 1948, 1 vol., 720 p.
- MARIE (A.). — Troubles fonctionnels de l'audition chez certains débiles mentaux. (*Journ. de Psychologie*, 1907, p. 385-410.)
- MARIE et EY (H.). — Débilité mentale gémellaire. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1929, II, p. 186.)
- MARINESCO (G.). — Les réflexes conditionnés en psychiatrie infantile. (*Premier Congrès International de Psychiatrie Infantile*, Paris, 1937, 1.)
- MEAD (Margaret). — An investigation of the thought of primitive children with special reference to animism. (*Journ. of Royal Anthropol. Inst. of Great Britain*, 1932, LVII, p. 173.)
- MEIGNANT (P.). — Les réflexes conditionnés chez les arriérés mentaux. (*Premier Congrès Intern. de Psychiat. Infant.*, Paris, 1937, I, 95-104.)
- MICHAUX (Léon) et Coll. — Psychiatrie infantile. Paris, Presses Univers. de France, 1950, 1 vol., 212 p.
- MONTESORI (Maria). — L'enfant (trad. G. et J. Bernard). Paris, Desclée de Brouwer, 1 vol., in-16°, 266 p.
- MORGENSTERN (Sophie). — Psychanalyse infantile. Symbolisme et valeur clinique des créations imaginatives chez l'enfant. Paris, Denoël éd., Bibliothèque psychanalytique, 1 vol.

- MORLE. — L'influence de l'état social sur le degré de l'intelligence des enfants. (*Bull. Soc. Libre Educ. Psychol. de l'Enf.*, 1911, n° 12, 8-15.)
- MYLE. — L'oligophrénie phényl-pyruvique ou maladie de Folling. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1945, t. II, n° 4, 337-357.)
- NOBÉCOURT (P.), BABONNEIX (L.) et Coll. — Les enfants et les jeunes gens anormaux. Paris, Masson éd., 1939, 1 vol., 416 p.
- NYSSSEN. — L'importance, la valeur et l'indication de l'emploi des tests d'efficiencé intellectuelle dans la clinique psychiatrique. (*Premier Congrès International de Psychiatrie*, Paris, 1950, Hermann éd., II, 79 à 135.)
- OPOLON (Jr.). — Sur la condition sociale des malades mentaux. (*Thèse*, Paris, 1943.)
- OZERETSKI (N.). — L'échelle métrique du développement de la motricité chez l'enfant et chez l'adolescent. (*L'Hygiène Mentale*, 1936, n° 3, p. 53-75.)
- PENROSE. — A study of the inheritance of intelligence. The analysis of 100 families containing sub-culturel mental defective. (*Brit. Journ. of Psych.*, 1939, XXIV, 1-15.)
- Heredity of mental defects. Londres, 1949.
- PIAGET (J.). — La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Paris et Neufchâtel, Delachaux et Niestlé éd., 1936, 1 vol.
- Le représentation du monde chez l'enfant. Paris, Presses Univers. de France, 1947, 1 vol, in-8°.
- PICHON (E.). — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Paris, Masson éd., 1936, 1 vol.
- PICHON (E.) et BOREL-MAISONNY (Mme). — Le bégaiement. Paris, Masson éd., 1937.
- PICHOT (P.). — Les tests mentaux en psychiatrie. Paris, Presses Univers. de France, 1949, 1 vol., 238 p.
- La mesure de la détérioration et de la débilité mentales. (*Premier Congrès Intern. de Psychiatrie*, Paris, 1950, Hermann éd., t. II, 179-232.)
- PICQUENARD, GRENAUDIER, LE GUILLANT. — Dépistage et traitement des déficiences mentales chez l'enfant. (*L'Inform. Psych.*, juillet 1950, n° 6, 215-224.)

- PIÉRON (H.). — La psychologie différentielle. Livre 1^{er} du Traité de psychologie appliquée. Paris, Presses Univers. de France, 1849, 1 vol. in-8°, 1-30.
- PRÉAUT. — Problème de réadaptation sociale des adolescents nécessitant des mesures pédagogiques. (*Sauvegarde*, juillet 1948, n° 23, p. 3.)
- RAYNIER, MORTIMOR. — Assistance aux enfants anormaux. (*Bull. de la Soc. A. Binet*, 2-3-34.)
- REY. — Etude des insuffisances psychologiques. Paris, Delachaux et Liestlé, 1947, 1 vol.
- ROBERTS (J.-A.-F.), NORMAN (R.-M.), GRIFFIAH (R.). — Studies on a child population. (*Ann. Eugen.*, 1934-1935, p. 319-338; 1937-1938, 8, 178-215.)
- ROBERTS (J.-A.-F.). — The genetics of oligophrenia. (*Premier Congrès Intern. de Psychiat.*, Paris, 1950, Hermann éd., t. 6, p. 55 à 109.)
- ROBIN (J.). — Précis de neuro-psychiatrie infantile. Paris, Doin éd., 1938, 1 vol.
- ROBSON. — Les facteurs sociaux dans l'arriération mentale. (*Brit. Journ. of Psychol.*, 1931, XXII, 2, 118-135.)
- ROUDINESCO (Mme) et APPEL (Mlle). — Les répercussions de la stabulation hospitalière sur le développement psycho-moteur des jeunes enfants, 1950, 47, 2271-2273.
- SANO (F.). — L'adaptation du malade mental à son milieu. (*Congrès des Médecins Aliénistes et Neur. de Langue Française*, Bruxelles, 1924, Masson éd.)
- SCHACHTER et COTTE (Mlle). — L'enfant énurétique : étude clinique et médico-sociale. Marseille, Maupetit éd., 1941.
- SCHNEERSOHN (F.). — Sociability of anormal children and social child psycholog. (*Americ. Journ. of Psych.*, 1938, XII, 1307-1337.)
- SCHWESINGER. — Heredity and environment. New-York, Macmillan C°, 1933.
- SIMON (Th.). — La loi de 1838 et les enfants. (*Ann. Médico-Psychol.*, mai 1938.)

- Peut-on fixer une limite supérieure à la débilité mentale ? (*Ann. Médico-Psychol.*, 1921, n° 1, p. 223 à 250.)
- SIMON et VERMEYLEN. — Une des formes de l'enfance anormale : la débilité mentale. Limites et évolution : formes et complications. (*Rapport au Congrès des Méd. Neur. et Alién. de France et des Pays de Langue Française*, Bruxelles, 1924.)
- SIMONIN (J.). — Les débiles mentaux dans l'armée. Débiles simples et délinquants (étude clinique et médico-légale). (*Congrès des Médecins Neur. et Alién. de France et des Pays de Langue Française*, Tunis, 1912, p. 133.)
- SIVADON (P.). — La réadaptation des malades mentaux. (*Pages Sociales*, 1947, n° 23, p. 16.)
- Le reclassement des déficients mentaux. (*Bull. de la Soc. de Méd. et d'Hygiène du Trav.*, mai 1948.)
- SJOGREN (T.). — Klinische und vererbungs medizinische untersuchungen uber oligophrenie und eine nordschwedischen bauernpopulation. (*Acta Psychiatrica und Neurol.*, 1932, in-8°, 121 p.)
- SOLLIER. — Psychologie de l'idiot et de l'imbécile. Paris, Alcan, 1903.
- SOMMER. — L'opposition. (*Sauvegarde*, 1948, n°s 34-35, p. 16-31.)
- SPITZ (R.). — Hospitalism. (*Sauvegarde*, décembre 1949, p. 3.)
- STRAUSS. — The psycho-biological constitution of the weak-minded. (*Journ. of Mental Science*, 1930, LXXVI, 315-780-882.)
- SUTTER (J.). — L'eugénique. Problèmes, méthodes, résultats. Paris, Presses Univers. de France, 1950, 1 vol., 254 p.
- THULIÉ. — Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie. Alcan éd., Paris, 1900.
- TISSERAND (M.). — Prophylaxie mentale pré-conceptionnelle. (*Sem. Hôp.*, Paris, 1951, n° 7, 288-291.)
- TRAMER (M.). — Manuel de psychiatrie infantile (trad. Schachter). Paris, 1949, Presses Univers. de France, 473 p.
- TREGOLD (A.-F.), BURT, HAMBLIN, SMITH, REES (W.), THOMAS, SHRUBSALL. — The definition and diagnostic of moral imbecility. (*Brit. Journ. of Medic. Psychol.*, 1926, VI, 1-183.)

- TURPIN (R.) et DUCHÊNE (H.). — Les séquelles neuro-psychiatriques de l'incompatibilité sanguine fœto-maternelle. (*Sem. des Hôpitaux*, Paris, 1949, n° 60, 2550-2553.)
- TURPIN. — Les applications médicales de la génétique. (*Rapport au XXVI^e Congrès Français de Médecine*, Paris, 1947, Masson.)
- VAN BOGAERT (L.). — Maladies nerveuses systématisées et problèmes de l'hérédité. (*Rapport au XXVI^e Congrès Français de Médecine de Paris*, Masson, 1947.)
- VAN DER SPOEL. — Etude de la psychologie des orphelins. (*Sauvegarde*, juillet 1948, n° 23, p. 15.)
- VERMEYLEN (G.). — Les débiles mentaux. Etude expérimentale et clinique. Bruxelles, Lamertin éd., 1929, 1 vol.
- La débilité comme cause de délinquance infantile. (*Premier Congrès International de Psych. Infant.*, Paris, 1937, 3, 33.)
- VIE (J.). — Le placement familial des aliénés. (*Ann. Médico-Psychol.*, juin-juillet 1940, p. 1, octobre 1940, p. 110, janvier 1941, p. 1, février-mars 1941, p. 121, avril-mai 1941, p. 224.)
- Amélioration survenant chez certains arriérés entre seize et vingt-cinq ans. (*Ann. Médico-Psychol.*, novembre 1935, 649-658.)
- VOISIN (F.). — De l'idiotie. Paris, Baillière éd., 1843, 112 p.
- WALLON (H.). — L'enfant turbulent. Paris, Alcan éd., 1925, 553 p.
- Les origines de la pensée chez l'enfant. Paris, Presses Univers. de France, 1945.
- WEYGANDT. — L'arriération intellectuelle. Son diagnostic, son traitement, sa prophylaxie. Hambourg, Enke, 1936, 1 vol., 426 p.
- WINTSCH (J.). — Le dessin comme témoin du développement mental. (*Journ. de Psychiatrie Inf.*, Paris, 1935, II, 2-3.)
- Réflexes conditionnels en psychiatrie infantile. (*Premier Congrès Intern. Psych. Inf.*, Paris, 1937, I, 53-70.)
- WOODWORTH. — Heredity and environment. (*Social Science Research Council*, New-York, 1941, 1 vol., 95 p.)
- ZAZZO (R.). — Le devenir de l'intelligence. Paris, Presses Univers. de France, 1946, 1 vol. in-8°, 158 p.

IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV^e)
